DE

N° 57

L'ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mai 1888

PAR

Joseph FÉDOU

Né le 29 juin 1860, à Azille (Aude)

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (CONCOURS 1882)

INTERNE DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE MONTPELLIER (CONCOURS 1885)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Des Chroniques de Languedoc

De la *Revue Populaire de Médecine et de Pharmacie*

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	N....
Clinique des maladies mentales et nerveuses		N....
Physique médicale		MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie		JAUMES.
Clinique chirurgicale		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale		ENGEL.
Hygiène		BERTIN-SANS.
Pathologie interne		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale		N.
Physiologie		LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie		L. DUMAS.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Anatomie (Chargé du cours)		GILIS.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✻).
DUPRE (C. ✻ ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards		MOSSÉ (✻).
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET, *président.*
MAIRET, *agrégé.*
CARRIEU, *agrégé.*
REGIMBEAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A mon oncle J. Teisseire

JOSEPH FÉDOU.

A Monsieur le Professeur-Agrégé MAIRET

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE MONTPELLIER
CHARGÉ DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

JOSEPH FÉDOU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRASSET

mesu

JOSEPH FÉDOU.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A MES AMIS

JOSEPH FÉDOU.

INTRODUCTION

Le domaine de l'épilepsie symptomatique s'est bien élargi depuis Lasègue. Cet éminent clinicien refusait aux tumeurs cérébrales, aussi bien qu'aux intoxications par l'alcool et le plomb, toute place dans l'étiologie de ce qu'il considérait comme la résultante des deux processus suivants : traumatisme du crâne amenant des lésions immuables ; déformation spontanée, survenant au moment de la vie où les os se soudent définitivement. Une tendance tout opposée caractérise l'école contemporaine, et la syphilis occupe aujourd'hui une grande place dans l'étiologie des maladies du système nerveux en général et dans celle de l'épilepsie symptomatique en particulier. Il est bien certain, en effet, que la vérole se retrouve dans un nombre assez considérable de cas d'épilepsie symptomatique, que l'épilepsie syphilitique est la plus fréquente de ces fausses épilepsies.

Nous n'avons nullement la pensée d'élargir outre mesure le rôle de la vérole : on l'accuse déjà de trop de méfaits, on est trop porté peut-être à lui attribuer toutes sortes de maux. Ce

que nous voulons surtout, c'est montrer que l'épilepsie syphilitique existe comme manifestation de début de la syphilis cérébrale ; c'est attirer l'attention sur certains faits particuliers propres à faire mieux connaître l'évolution de cette grave manifestation ; c'est réunir dans une vue d'ensemble les documents épars sur cette intéressante question.

L'idée première de ce travail nous a été suggérée par l'histoire de quelques malades que nous avons pu suivre pendant tout le cours de notre internat à l'Asile des aliénés et par les leçons cliniques de notre cher maître, M. le professeur-agrégé Mairet.

Notre étude est divisée en huit chapitres :

Le premier est un aperçu à la fois complet et succinct des travaux antérieurs sur le sujet.

Dans le deuxième, après avoir exposé les allures diverses de l'épilepsie syphilitique dans ses manifestations multiples, nous avons essayé d'esquisser l'évolution de ces manifestations en nous basant surtout sur les faits qu'il nous a été donné d'observer.

Nous étudions ensuite successivement l'anatomie et la physiologie pathologiques, le diagnostic, l'étiologie et le pronostic.

Nous avons consacré le dernier chapitre à l'étude des diverses méthodes de traitement, en insistant surtout sur celle que nous avons vu employer par M. Mairet, notre médecin en chef.

On le voit, la tâche que nous nous sommes imposée était longue et difficile. Nous ne l'aurions pas entreprise et menée à bonne fin si nous n'avions compté sur les conseils éclairés et les encouragements bienveillants de M. le professeur-agrégé

Mairet, dont nous sommes heureux de pouvoir inscrire le nom en tête de ce travail, comme un faible témoignage de notre bien vive gratitude.

Nous remercions sincèrement M. le professeur Grasset de l'honneur insigne qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous manquerions au premier de nos devoirs si nous n'adressions à M. le professeur Cavalier l'expression de notre reconnaissance et de notre bien respectueuse sympathie, avec nos sincères remerciements pour les enseignements précieux qu'il a bien voulu nous prodiguer.

DE

L'ÉPILEPSIE

SYPHILITIQUE

HISTORIQUE

Les manifestations cérébrales de la syphilis n'avaient point échappé à l'observation si sagace des premiers syphiliographes : il suffit, pour s'en convaincre, de lire cette phrase d'A. Paré : « Vérole est maladie causée par attouchements... infectant les parties internes avec douleurs nocturnes extrêmes de la tête ; aucuns perdent l'ouïe, autres ont la bouche torse..., autres demeurent en une contraction de tous leurs membres..., aucuns sont vexés d'épilepsie et, pour le dire en un mot, on peut voir la vérole compliquée de toutes espèces et différences de maladies. » (1568) Il est vrai qu'à cette époque, les auteurs manquent parfois de précision dans le diagnostic de la syphilis, et un simple bubon, une ulcération

quelconque, une blennorrhagie suffisent trop souvent pour établir chez le malade une tare syphilitique.

Paracelse (1552), qui ne considérait pas la vérole comme une maladie locale, mais comme un virus, une intoxication générale, admettait qu'elle pouvait retentir sur tous les viscères et même sur le système nerveux.

Ulrich de Hutten (1) parle aussi d'accidents nerveux au cours de la syphilis, et Thierry de Héry (2) écrit qu'elle peut traîner à sa suite des complications nerveuses : il cite le cas d'un jeune homme affecté d'épilepsie et de syphilis, et qu'il débarrassa de ces deux maladies par l'emploi d'un traitement antisyphilitique.

Nicolas Massa établit que la syphilis peut se compliquer de spasme et d'épilepsie, et il cite l'observation d'un jeune homme syphilitique qui présentait de violents accès de manie aiguë, précédés d'une céphalalgie intense, qui fut guéri par l'emploi d'un traitement hydrargyrique (1532).

Lazerme remarque que les gommes amènent souvent des accès convulsifs analogues aux attaques d'épilepsie, lorsqu'elles se développent dans les méninges, dans le cerveau lui-même, ou sur la face interne des os du crâne.

Maurice Hoffmann (3) a observé une petite fille atteinte d'épilepsie syphilitique et qui fut guérie par les préparations mercurielles.

Sauvages (4) énumère toutes les affections nerveuses pouvant être occasionnées par la vérole : l'épilepsie figure dans cette liste; mais il y joint le priapisme, la goutte, l'éléphantiasis, etc.

---

(1) Ulrich de Hutten, *De morbo gallico*. Mayence, 1519.

(2) *Méthode curatoire de la maladie vénérienne*. Paris, 1552.

(3) *Naturæ curiosorum ephemerides centuria.*

(4) *Nosol method.* t. X, p. 55, 1706.

Boerhaave (1) dit aussi que la syphilis peut atteindre le cerveau, et son commentateur Van Swiéten, après avoir défendu contre Astruc, l'opinion de Boerhaave, qui place le siège de la maladie dans le tissu cellulaire, étudie ses transformations dans tous les organes, et il dit à propos du cerveau : « C'est ordinairement par voie de continuité que le mal s'y propage ; les os, atteints les premiers, communiquent leur infection à l'encéphale. » Il dit plus loin qu'il a noté des accidents cérébraux allant depuis le simple vertige jusqu'à l'apoplexie mortelle, des épilepsies, des affections nerveuses, avec perte de la vue et de l'ouïe ; il connaît aussi les tumeurs gommeuses et les exostoses, qui, se développant sur la face interne des os du crâne, viennent troubler toutes les fonctions du cerveau.

Astruc (2) cite l'épilepsie parmi les manifestations de la syphilis et il a aussi observé le vertige syphilitique : « C'est l'effet, dit-il, du trémoussement des fibres de la rétine par la grande quantité de sang qu'y apporte son artère centrale. » Il attribue même à la syphilis presque toutes les affections du système nerveux central.

Sanchez (3) essaie aussi de donner une explication plus ou moins obscure du vertige qui accompagne l'épilepsie, et dont il fait d'ailleurs une description très exacte.

Tissot (4), Lalouette (5), insistent sur ces phénomènes et Fabre (6) rapporte cinq observations d'épilepsie syphilitique : il cite le fait d'un jeune homme de 25 ans qui avait autrefois

---

(1) *Comment. in Bœrhaaviæ-aphor.* 1745.
(2) *Traité des maladies vénériennes*, traduction de Louis, 1777.
(3) *Traité des maladies vénériennes*, 1765.
(4) *Traité de l'épilepsie*, 1770.
(5) *Nouvelle méthode de traiter les mal. vén.*, 1776.
(6) *Traité des mal. vén.*, 1773.

contracté des chancres ; il fut pris, quelques années après, d'une attaque d'épilepsie avec perte de connaissance, mouvements convulsifs, écume à la bouche ; plusieurs accès se succédèrent d'abord de loin en loin et se rapprochèrent ensuite, au point de se renouveler tous les huit jours. Fabre, connaissant les antécédents du malade, institua un traitement spécifique, et la guérison des accidents épileptiques se maintenait complète cinq ans après.

Avec Plenck (1) nous voyons publier pour la première fois un cas d'épilepsie syphilitique survenant chez un enfant de 6 ans, né de parents vérolés.

En 1782, Rosen de Rosenstein (2) et Block rapportent des cas analogues ; Quarin, Carrière, citent également des faits d'épilepsie syphilitique.

Joseph Franck (3) consacre au sujet qui nous occupe quelques lignes de son *Traité de pathologie interne ;* il donne deux nouvelles observations : celle d'un Polonais, qu'il guérit d'une épilepsie nocturne rebelle, avec céphalée violente, par l'emploi du sublimé, et celle d'une femme qui présentait des lésions spécifiques des os du crâne, et que nous aurons l'occasion de résumer dans une autre partie de cette étude. Il insiste sur le rôle pathogénique des altérations osseuses et ne croit pas que la syphilis puisse déterminer l'épilepsie par une action directe sur le système nerveux. Le diagnostic doit être tiré des antécédents du malade : les épilepsies nocturnes doivent, entre toutes, être soupçonnées de relever de la vérole. Dans un autre point de son ouvrage, il constate l'excitabilité nerveuse particulière,

---

(1) *Methodus novus et facilis argentum virum ægris venerea tabe infectis exhibendi*, 1766.

(2) *Traité des maladies des enfants*, traduction de Lefebvre Villebrune, 1792, p. 64.

(3) *Traité de path. interne,* trad. Bayle, t. III, p. 36.

des syphilitiques, et il se demande si cet état ne peut être attribué « à l'état de l'âme pendant cette honteuse maladie. »

Benjamin Bell (1) est celui qui a su mettre le plus de soin dans ses observations, et qui les a fait suivre des plus judicieuses réflexions. Il donne deux faits très remarquables, dont voici le résumé : le premier est celui d'un jeune homme de 17 ans qui, à partir de l'âge de 14 ans, présenta des ulcères nombreux ; il ne tarda pas à être atteint de violentes attaques d'épilepsie. Le malade ayant avoué qu'il avait contracté des chancres à l'âge de 14 ans, un traitement mercuriel amena la cicatrisation des ulcères et, neuf semaines après le début du traitement, les accidents cutanés et les attaques avaient entièrement disparu.

La seconde observation est relative à une femme de 26 ans qui, après de violentes céphalalgies, fut atteinte de crises d'épilepsie ; les accès se répétèrent jusqu'à quatre fois par jour et, après 8 jours d'accès d'une extrême violence, la malade devint folle et les accès ne reparurent plus. La patiente était depuis deux ans dans une maison d'aliénés lorsque Bell fut appelé à lui donner des soins pour des ulcères qu'il supposa être de nature spécifique. Le mari répondit qu'il avait eu lui-même la vérole, et un traitement par le mercure fut immédiatement institué ; les ulcères étaient guéris au bout de neuf semaines, en même temps que s'amélioraient les symptômes de la manie et, trois semaines après, l'intelligence était parfaite. Cette malade, longtemps suivie, n'a plus présenté aucun signe de folie.

Bell combattait la vieille opinion de Fallope, qui ne voulait voir dans la syphilis qu'une affection locale incapable de produire plusieurs états pathologiques ; il soutenait que le mercure

---

(1) *A treatise on gonorrhea virulenta and lues venerea*, 1814.

administré à faible dose ne guérissait pas la maladie, qu'il ne faisait que suspendre ses symptômes et que l'affection reparaissait sous des apparences fort variées dès que le traitement était suspendu. Elle produisait alors tantôt les symptômes ordinaires de la vérole, et tantôt devenait la source d'autres maladies telles que la phtisie, l'hydropisie, l'hypocondrie, l'épilepsie, la manie.

Cullerier l'oncle, Maisonneuve de Nantes en 1803, Prost, apportent de nouveaux cas. Larrey (1) a observé et guéri un syphilitique qui avait présenté de l'aphasie à la suite de violentes attaques épileptiques, et plus tard une hémiplégie gauche avec diminution très grande des facultés intellectuelles et abolition complète de la mémoire.

Cirillo (2) indique l'épilepsie comme pouvant être déterminée par la syphilis et signale à ce sujet le pouls syphilitique dans lequel l'artère est petite, basse et rare.

John Isbell (3) parle d'un syphilitique qui présentait à des intervalles d'abord assez éloignés, puis beaucoup plus rapprochés, de la paralysie des membres droits souvent accompagnée d'amaurose et de privation de la parole ; ces accidents cédèrent au mercure.

En nous rapprochant de l'époque actuelle, les publications deviennent de plus en plus nombreuses : Delpech (4), Vacheron, citent quelques cas. Devergie (5) a guéri par l'hydrargyre un homme de 23 ans qui, à la suite de violentes crises épileptiques, avait présenté des accès de paralysie des membres droits et une hémianesthésie complète de ce côté.

---

(1) *Mémoires de chirurgie militaire*, t. II, p. 442.
(2) *Traité des mal. vén.*, Paris, 1803.
(3) *Journal de méd. et de chirurg.*, Edimbourg, vol. IX, 1813.
(4) *Clinique chirurgicale*, t. I, 1823.
(5) *Clinique de la maladie mentale syphilitique*, 1826, p. 156.

Jusqu'ici on a enregistré des faits pleins d'intérêt pour l'enquête ouverte depuis longtemps : les auteurs ont accumulé les observations, ils ont montré d'une façon irréfutable l'existence de l'épilepsie syphilitique ; mais c'est à Bravais que revient l'honneur de l'avoir magistralement décrite.

En 1827, dans une Thèse qui restera, suivant l'expression de Charcot, « un modèle d'analyse clinique », Bravais étudie la modalité de l'hémiplégie convulsive, et il en distingue trois variétés ; il insiste sur ce fait que le malade conserve le plus souvent une partie de son intelligence, et une partie aussi de son empire sur les muscles convulsés ; les membres convulsés restent d'ordinaire paralysés après l'accès.

Lagneau père (1) dit, dans son traité : « L'épilepsie est due parfois à la pression mécanique qu'une exostose vénérienne exerce sur le cerveau, ou à une modification imprimée au système nerveux en général par le vice syphilitique constitutionnel apparent ou caché... Les sudorifiques et les préparations mercurielles guérissent ordinairement cette espèce d'affection nerveuse, surtout lorsque la cause qui l'entretient n'a pas eu le temps de prendre un trop grand développement. » Il ajoute plus loin : « L'épilepsie mercurielle, bien qu'elle existe, n'est pas aussi fréquente qu'on le croit. »

Ces notions deviennent de plus en plus courantes, et tous les cliniciens citent des faits analogues à ceux que nous recherchons : Graves, Gibert, Bœhr (2), Miquel et Sandras (3), ont observé des crises épileptiques guéries par le mercure, et Baumès (4) écrit que le virus vénérien va porter une impression spéciale sur certains tissus et généralement sur le système

---

(1) *Traité pratique des mal. syph.*, 6e édition, 1828.
(2) *Gazette médicale*, 1836.
(3) *Bull. de thérap.*, 1836.
(4) *Précis sur les mal. vén.*, Lyon, 1840.

nerveux de la vie végétative ; il énumère les divers accidents que déterminent les tumeurs syphilitiques du côté du cerveau.

Nous arrivons maintenant à une époque qui peut être considérée comme le début de la période actuelle dans l'histoire de l'épilepsie syphilitique.

Après Bravais qui, synthétisant pour ainsi dire les résultats de son observation et de celle de ses prédécesseurs, écrit la première description magistrale de ces accidents, c'est Lallemand qui commence l'ère des observations précises, soigneusement fouillées, que vont bientôt éclairer les acquisitions toutes récentes de l'anatomie et de la physiologie.

Lallemand (1) admet la possibilité de l'inflammation directe des méninges sous l'influence de la vérole, opinion qui sera partagée par Rayer, Ricord, Vidal (de Cassis), etc.

Ebrard donne trois observations de malades qui eurent pendant un certain temps de violentes attaques d'épilepsie qui furent rapidement guéries au moyen du mercure.

Hunter reconnaissait à la vérole le pouvoir d'agir sur le cerveau et les autres viscères ; mais plus tard, il déclare ne l'avoir jamais vue atteindre le cerveau (2).

Cette dernière opinion est partagée par Astley Cooper, qui ne croit pas que les viscères et le cerveau puissent être altérés par le virus spécifique.

Ricord (3) émet l'opinion que la syphilis produit assez souvent la catalepsie et l'épilepsie, et recommande de la rechercher dans les antécédents des épileptiques ; il a guéri un malade dans ces conditions par l'iodure de potassium.

---

(1) *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, 1820.

(2) Traduction Richelot, 1re édition. Paris 1843, t. II, p. 545.

(3) *Gaz. des hôp.*, fév. 1846.

Cazenave (1) réfute l'opinion de Hunter et affirme que l'observation plus exacte des faits tend à suivre anatomiquement l'influence du virus sur les organes profonds.

Dumoulin (2) parle d'un syphilitique qui fut atteint d'épilepsie et qui, malgré un traitement approprié, mourut cachectique; l'autopsie ne révéla aucune lésion du côté de l'encéphale.

Yvaren (3) donne plusieurs faits intéressants et Faurés présente à la Société de Médecine de Toulouse (1853-54) l'observation d'une jeune fille de 23 ans, syphilitique, morte de convulsions ; à l'autopsie, le cerveau fut trouvé « dur et sablé ».

Trousseau (4) ne pouvait pas ne pas décrire ces faits avec sa précision habituelle : l'épilepsie peut être provoquée par la syphilis et celle-ci l'occasionne soit par des altérations matérielles, soit en imprimant au système nerveux des modifications qui nous échappent : « L'épilepsie peut être quelquefois causée par des exostoses du crâne, par des végétations de la dure-mère, par toute autre lésion appréciable ou inappréciable du système nerveux dépendant de l'infection vénérienne; et alors le mercure guérira l'épilepsie, non par ses propriétés anti-épileptiques, mais par ses vertus anti-syphilitiques... »

Delasiauve dit que la syphilis peut engendrer l'épilepsie en agissant directement sur le cerveau en même temps que sur tout l'organisme; mais il ajoute plus loin : « Cette cause d'épilepsie a été de tout temps mentionnée et est restée problématique. » (1854).

Vidal (de Cassis) (5) admet l'influence du virus sur les

---

(1) *Ann. des maladies de la peau et de la syphilis.* Paris, 1843-1852.

(2) Th. de Paris, 1848.

(3) *Des métamorphoses de la syphilis,* etc., 1854.

(4) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérap. et de mat. méd.* Paris, 1858.

(5) *Traité des maladies vén.* Paris 1858.

viscères ; mais il constate que l'étude de ces phénomènes est encore à faire.

Hildenbrand (1) a laissé à ce sujet une thèse intéressante, et Rognetta devait avoir la syphilis en vue lorsqu'il écrivait : « L'épilepsie est au nombre de ces maladies que la routine relègue légèrement parmi les incurables. C'est un malheur très grand, un préjugé déplorable dont on ne saurait trop garantir les jeunes médecins. »

A côté d'observations peu probantes, Thomas Read (2) cite un joli cas intitulé : « Méningite syphilitique, attaques d'épilepsie, névralgies crâniennes intermittentes, dérangement intellectuel, paralysie des sphincters. »

Dubuc (3) a aussi observé, dans le cours des syphilides malignes précoces, des phénomènes nerveux d'une excessive gravité avec demi-paralysie, engourdissement et attaques épileptiformes répétées. Il en cite plusieurs cas. Des faits analogues sont aussi rapportés par Oppert (4), Zambaco (5), E. Lancereaux (6).

Les travaux se multiplient de plus en plus, et nous nous contenterons, pour la plupart, de les signaler ici, devant avoir l'occasion de leur faire de nombreux emprunts dans la suite de cette étude.

Ljunggren (de Stockholm) fait paraître dans les *Archiv. für dermat. und Syph. de Prague*, un travail important (1870) ;

---

(1) *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale,* Th. de Strasbourg, 1859.

(2) *Syphilitic affections of the nervous system,* 1867.

(3) *Des syphilis malignes précoces,* th. Paris, 1864.

(4) *Visceral and hereditary syphilis,* 1868.

(5) *Des affections nerveuses syphilitiques,* 1862.

(6) *Traité historique et pratique de la syphilis,* 1866.

Mayaud (1) consacre à ce sujet sa thèse inaugurale et Fournier (2) dit bien nettement que « la syphilis peut provoquer et créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle, qui ne s'étaient jamais révélées par aucun indice et qui, sans elle, probablement, ne se seraient jamais produites. »

Charcot admet tous ces faits dans ses leçons consacrées à l'épilepsie partielle, et Mauriac (3) rapporte de nouveaux cas. La même année paraissent les publications de Jespersens (4), la thèse de Moscovitz (5). Cependant tous les syphiliographes ne sont pas d'accord sur certains points, et, tandis que Mauriac (6) traite, dans ses leçons, les affections syphilitiques précoces du système nerveux, Lancereaux (7) discute la possibilité de ces accidents et particulièrement de l'épilepsie se montrant à la période secondaire de la vérole ; il s'exprime d'une manière formelle à cet égard : « Quant à croire, dit-il, que la syphilis peut engendrer, même passagèrement, des névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie, nous avouerons que rien jusqu'ici ne nous y autorise. » Nous pouvons citer, à la même époque, la thèse soutenue par Gamel (8) dans cette Ecole.

---

(1) *Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux,* Th. de Paris 1871.

(2) *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme.* (Cliniques de Lourcine) Paris, 1873.

(3) *Ann. de derm. et de syph.*, 1874.

(4) *Syphilis, cause de paralysie progressive*, 1874.

(5) *De la syphilis tertiaire crânienne et de ses complications méningo-encéphaliques,* Th. Paris, 1874.

(6) *Affections syphilitiques précoces du système nerveux*, in *Ann. de Derm.*, t. IV, 1875.

(7) *Cliniques de Lourcine,* 1876.

(8) *Essai sur les tumeurs gommeuses du cerveau,* Th. Montpellier, 1875.

Fournier (1) reprend cette étude dans ses Leçons sur la syphilis du cerveau et Leloir (2) y revient aussi dans ses cliniques. La question est actuellement plus nettement posée que jamais, et les thèses de Viard (3), de Larché (4), sont suivies de la thèse d'agrégation de Chauvet (5). C'est à la même époque que paraît le travail de Pellizzari (6).

Depuis cette époque de nouvelles thèses ont été encore consacrées à cette étude : nous pourrons citer celles de Bernheim (7), de Barbier (8), de Gaudichier (9).

Tels sont les principaux travaux parus sur notre sujet. Nous avons en outre fait de larges emprunts aux traités classiques de Fournier, de Charcot, de Grasset et surtout aux leçons cliniques inédites que notre maître, M. Mairet, a consacrées en 1887 à la syphilis cérébrale et à l'épilepsie syphilitique.

---

(1) *Syphilis du cerveau.* Leçons recueillies par E. Brissaud, 1878.

(2) *Progrès médical*, 1879.

(3) *De l'épilepsie d'origine syphilitique,* th. Paris 1878.

(4) *Contribution à l'étude clinique de la syphilis cérébrale*, thèse Nancy 1879.

(5) *Influence de la syphilis sur les maladies du système nreveux central,* th. d'agrégation, Paris 1880.

(6) Pellizari, *Della sifilide epileptiforme,* 1879.

(7) *Etude clinique de la syphilis du cerveau,* th. Paris 1882.

(8) *De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différentiel avec l'épilepsie vulgaire,* th. Paris, 1885.

(9) *De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis et en particulier de la syphilis cérébrale précoce,* th. Paris, 1886.

SYMPTOMATOLOGIE

L'épilepsie syphilitique se présente sous deux formes cliniques bien nettes : la première est caractérisée par une abolition complète de la conscience ; elle revêt la même physionomie que l'épilepsie vulgaire sous ses deux formes, grand mal et petit mal ; la deuxième est remarquable par la limitation des convulsions et la conservation de la conscience. Si la première est de beaucoup la plus commune, celle-ci est assurément la plus importante ; car, quoiqu'elle ne puisse à elle seule servir à déterminer la nature de l'épilepsie, elle permet au moins de dire que cette épilepsie n'est pas névrosique.

Mais que l'épilepsie soit complète ou partielle, qu'il y ait ou non perte de la conscience, l'attaque convulsive est souvent précédée de phénomènes précurseurs annonçant l'orage plus ou moins longtemps avant qu'il éclate, mais pouvant aussi, comme les phénomènes d'auras que l'on retrouve dans l'épilepsie essentielle, naître immédiatement ou très peu de temps avant la crise et s'identifier avec elle. Ces troubles prodromiques peuvent porter sur la sensibilité, sur l'état mental et sur la nutrition générale.

Parmi les troubles de la sensibilité, le plus important, celui qui doit surtout attirer l'attention des malades et du médecin, est, sans contredit, la céphalée. « Lorsque la douleur de tête est associée aux attaques convulsives de la syphilis, elle précède en général le développement des accès. Fréquemment, on trouve noté dans les antécédents qu'elle a existé pendant plu-

sieurs mois avant l'apparition de la première attaque. » (Buzzard) (1).

Ce symptôme, qui est commun, on peut le dire, dans tous les cas de tumeurs cérébrales, a des caractères spéciaux qui permettent déjà de soupçonner la vérole ; c'est une douleur tantôt diffuse, généralisée, tantôt circonscrite, partielle, localisée en un point, occupant le plus habituellement la région frontale ou fronto-pariétale, mais pouvant aussi siéger au niveau de l'occiput. Parfois peu accusée, bornée à une sensation de pesanteur, de constriction autour du front, elle atteint le plus généralement une intensité souvent extrême et une persistance presque caractéristique. Un malade de Schutzemberger (2) ressentait « à la partie antérieure et latérale droite de la tête des » douleurs à peu près continues, mais qui par moment s'exas- » péraient ; pendant les exacerbations, il semble au malade » qu'on lui perce le crâne avec une vrille. » La douleur est, en effet, térébrante ; elle est profonde, centrale. Ce sera, d'autres fois, une sensation de martellement, comme des coups de massue dans la tête ; anéantis par la douleur, les malades déclarent que « si cela continue, ils deviendront fous ! » Cette céphalée si intense et si persistante est encore remarquable par ses exacerbations nocturnes. Chez nombre de malades, en effet, les accès reviennent surtout la nuit, et plus particulièrement après minuit (Fournier).

Comme conséquence habituelle de cette céphalée, nous signalerons l'insommie, qui est fréquente et qui fatigue beaucoup les malades, — cette insomnie qui, comme l'a dit Georget (3), se

---

(1) Buzzard. *Clinical aspects of syphilites nervous affections.* London, 1874.

(2) *Gaz. méd.* Strasbourg, 1850.

(3) *Physiol. du système nerveux,* 1821.

montre dès le début de toutes les manifestations cérébrales et les annonce quelquefois longtemps à l'avance.

A côté de la céphalée il peut se produire, à une époque plus ou moins éloignée des crises convulsives, des douleurs rhumatoïdes siégeant dans un membre ou dans l'extrémité d'un membre, douleurs parfois fixes, d'autres fois mobiles, mais plus ou moins persistantes, et que l'on néglige le plus souvent en les qualifiant de douleurs rhumatismales. Parfois les malades ont des tremblements des membres, ou bien, lorsqu'il leur arrive de dormir, sont brusquement réveillés par des soubresauts, des crampes plus ou moins douloureuses, qui se font sentir dans les mollets. D'autres fois, ce sont des douleurs viscérales, principalement du côté de l'estomac, douleurs s'exagérant au moment des repas, amenant des vomissements, et pouvant même s'accompagner d'embarras gastrique.

Parfois aussi surviennent des douleurs précordiales (Echeverria)(1), des névralgies intercostales ou faciales ; les sens, et en particulier celui de la vue, peuvent être atteints ; il peut se produire de la diplopie, de l'amblyopie et même de la cécité ; la surdité est plus rare.

Fréquemment, des troubles de la nutrition générale annoncent l'invasion des phénomènes épileptiques : le malade pâlit, ses traits s'altèrent, les gencives se décolorent, la peau devient terreuse, sèche, grisâtre, l'amaigrissement se prononce ; la perte de l'appétit, des vomissements fréquents et parfois une diarrhée fétide, indiquent l'état de souffrance du tube digestif. Il y a là un ensemble de phénomènes qui frappe l'entourage du malade, alors que celui-ci ne s'aperçoit de rien et ne se plaint pas (Fournier).

Mais, en même temps, des changements dans l'état mental

---

(1) *On epilepsy*, New-York 1870.

se produisent, indiquant déjà une modification première de l'élément nerveux, mais changements souvent très légers, et qui peuvent par cela même passer, la plupart du temps, inaperçus. Le caractère se modifie, le malade devient acariâtre, impressionnable, agacé ; il ne peut rien supporter ; il se plaint d'avoir la tête lourde, une tendance invincible au sommeil ; il n'a plus la même aptitude au travail et tombe dans un profond découragement. « B... a, quelques jours après son entrée à l'hôpital, une première attaque épileptique. Depuis un mois environ, il a quitté son travail. Depuis quelque temps déjà, il était lent et paresseux dans ses travaux. Cependant, ce n'était pas la bonne volonté qui lui manquait, car il ne resta chez lui que quand sa main refusa de tenir les outils. Depuis ce moment, il mangeait à peine, restait au lit des demi-journées environ, et était devenu d'une apathie invincible. Quand il voulait marcher, il traînait la jambe droite; mais il ne se plaignait de souffrir nulle part.» (Zambaco) (1).

Tels sont, rapidement exposés, les phénomènes par lesquels s'annonce l'épilepsie syphilitique ; cette épilepsie va maintenant faire invasion; mais l'accès convulsif est souvent précédé de phénomènes immédiats pouvant acquérir plus ou moins d'intensité, plus ou moins de durée, et ayant pour principal caractère d'offrir chez le même sujet une constance remarquable. Ces phénomènes d'auras qui, nous nous hâtons de le dire, peuvent souvent s'associer et qui ne précèdent pas fatalement toutes les attaques chez le même individu, nous les distinguerons en auras sensitives ou sensorielles et en auras motrices.

Auras sensitives et sensorielles. — Ici encore nous retrouvons cette céphalée particulière, que nous avons vue se produire bien avant la maladie et qui prend, lorsqu'elle précède immé-

---

(1) *Loc. cit.* Obs. LXXXIV.

diatement l'attaque, une acuité considérable en même temps qu'elle se localise d'une façon précise.

D'autres fois, ce sont des auras portant sur les sens, tels que bruissements d'oreilles, visions lumineuses ; des auras consistant en sensations étranges dans diverses parties du corps, douleurs épigastriques, ovariennes (Echeverria), sensation de chaleur qui monte rapidement à la tête et qui est suivie d'un sentiment de sueur (Zambaco).

X..., 32 ans, contracte la vérole, et cinq ans après il a des attaques d'épilepsie. Il est averti quelques minutes avant la crise par des envies de bâiller irrésistibles, puis il sent un frisson qui lui remonte des genoux vers la tête, et il perd connaissance (Ebrard, *Gazette médicale de Paris,* février 1843).

Chez un malade de Fournier, la crise avait pour prodrome immédiat une sensation bizarre analogue, disait le malade, à celle que produirait un souffle, un coup de vent, un courant d'air, passant sur les doigts médius et annulaire de l'une des mains. Ce curieux phénomène était bientôt suivi d'une vive douleur du poignet correspondant, douleur constrictive, comparable à celle qu'aurait pu produire « une ligature ou un bracelet de fer étreignant l'articulation. » Fabre cite un malade « qui était parfois surpris par un mouvement violent qui lui partait de l'estomac, puis se communiquait à la poitrine et à la tête ; la crise arrivait alors avec tous ses caractères. »

Auras motrices. — Elles peuvent commencer par les mains, par la jambe ou par la face. « A... était en train d'écrire à son bureau quand il fut pris d'un vertige et d'un tremblement qui lui agita violemment la main droite. Ces phénomènes s'étaient à peine produits qu'il tomba à la renverse et perdit connaissance... » (Charcot) (1).

---

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux.*

Un malade de Dreschfeld (1) a des attaques épileptiques qui ont pour caractère d'être précédées d'une sensation en quelque sorte électrique dans le bras gauche, fortement fléchi, tandis que la main gauche prend la forme d'un poing serré, en même temps qu'elle devient impuissante...

Cette aura motrice peut avoir quelquefois une certaine durée ; parfois, en effet, l'attaque est précédée de phénomènes convulsifs portant sur un côté du corps et de la face, pouvant envahir tout le corps, et ces secousses peuvent durer plusieurs heures (48 heures même) avant que l'individu tombe privé de connaissance.

Que ces phénomènes prodromiques existent ou non, que l'épileptique de par la vérole soit mis en garde contre une imminence morbide prochaine, ou qu'il soit surpris au cours d'une santé en apparence parfaite, l'attaque va avoir lieu tout à fait identique à celle que produit l'épilepsie ordinaire : l'individu tombe sans connaissance, les membres sont saisis de convulsions d'abord toniques, puis cloniques ; la face est pâle et distendue ; une écume parfois sanguinolente par la morsure de la langue sort de la bouche ; finalement, période de stertor apoplectiforme ; puis le malheureux se réveille, ne conservant aucun souvenir de ce qui vient de se passer.

Un fait qui a été bien mis en lumière par H. Jackson, et dont Charcot a pu vérifier à plusieurs reprises l'exactitude, c'est que les convulsions se produisent d'après un ordre régulier et constant : elles débutent par un des membres supérieurs, gagnent la face, puis atteignent le membre inférieur. « Alors, » dit Charcot, on voit le membre supérieur gauche se fléchir » à l'excès, au niveau des articulations du poignet et du coude » et prendre en même temps l'attitude de la pronation forcée ;

---

(1) *The lancet*, 1877.

» quelques secondes après, surviennent les secousses ryth-
» miques qui l'ébranlent dans toute son étendue. La tête
» bientôt se porte vers l'épaule gauche et est agitée, elle aussi,
» par ces mêmes secousses ; en même temps, se produisent
» dans le côté gauche de la face des grimaces qui se succèdent
» rapidement. A son tour, le membre inférieur est envahi, etc.,
» etc... »

D'autres fois la face est atteinte la première; c'est, après elle, le tour du membre supérieur et en dernier lieu celui du membre inférieur. Si les convulsions attaquent premièrement le membre inférieur, elles se répandent successivement sur le membre supérieur d'abord, puis sur la face.

Il arrive fort souvent que la céphalalgie persiste après l'attaque, en même temps qu'un certain degré de nervosisme ; de plus, si le malade ne se souvient pas, il ressent par contre une grande fatigue ; il est brisé, somnolent ; il reprendra ses occupations, mais éprouvera une certaine faiblesse dans tout le corps ou dans une partie seulement, autant de phénomènes qui iront s'accentuant et se marquant davantage après chaque accès et sur lesquels d'ailleurs nous reviendrons, car ils ont une grande importance diagnostique.

Cette somnolence dont nous venons de parler, survenant à la fin de l'attaque, n'est que le plus faible degré d'un état comateux particulier que la syphilis réalise souvent, et sur lequel nous croyons nécessaire d'insister, à cause de sa haute gravité, les malades succombant rapidement sans reprendre possession d'eux mêmes, si le traitement spécifique n'intervient d'une façon immédiate et active.

Ce coma profond, cet ictus apoplectiforme qui sidère le malade, peut ne durer que quelques heures; mais d'autres fois

aussi, et en dépit du traitement, comme le dit Althaus (1), « les accès de forme épileptique deviennent plus nombreux, le patient ne sort plus de l'état comateux, il meurt ensuite d'un complet épuisement des forces nerveuses. »

Les observations suivantes prouvent combien malheureusement les faits de ce genre sont fréquents :

Observation première (de Gamel) (2). — A. P., 53 ans, est amenée à l'hospice de la Conception, à Marseille. Depuis longtemps elle souffrait de maux de tête violents et présentait du côté droit du corps une paresse musculaire. Le matin, en pénétrant dans sa chambre, on l'avait trouvée étendue par terre, en proie à une somnolence entrecoupée de quelques mouvements désordonnés. Pupilles contractées, insensibles à la lumière, fonctions des sens abolies, peau chaude, pouls fréquent, irrégulier, très dépressible. Les membres supérieur et inférieur droits sont dans une inertie absolue; à gauche, ils sont agités de loin en loin de contractions peu intenses. La main se porte automatiquement à la tête; celle-ci offre une lésion grave; tout le cuir chevelu est soulevé par un pus phlegmoneux qui s'écoule par plusieurs ouvertures. Séquestres mobiles, volumineux, constitués par la table externe du frontal et la portion antéro-supérieure des deux pariétaux; on en enlève trois, dont l'un aussi volumineux que la paume de la main. La table osseuse interne, bien qu'atteinte aussi, est encore solide, sauf sur un point très limité. Respiration stertoreuse, pas de selles, malgré les purgatifs.

La cyanose envahissant les extrémités et la face, le pouls baissant rapidement, on applique une couronne de trépan, car on soupçonne une compression par un épanchement intracrânien; la substance cérébrale paraît un peu ramollie, mais tout à fait exempte d'exsudations inflammatoires ou purulentes. La malade meurt.

Autopsie. — Toute la lame superficielle de la voûte crânienne, sur une largeur de six à sept centimètres au niveau indiqué, est nécrosée;

---

(1) J. Althaus. *On syphilitic affections of the nervous system. (Med. Times and Gaz.,* nov. 10, 1877.)

(2) Th. Montpellier, 1875.

partout ailleurs la paroi osseuse a acquis une épaisseur plus considérable qu'à l'état normal. Cette épaisseur atteint 3 centimètres et demi à l'endroit de la protubérance occipitale externe. Les méninges ne sont que légèrement altérées; l'encéphale est congestionné et faiblement ramolli. La convexité de l'hémisphère gauche présente, à la hauteur de la suture fronto-pariétale, un point limité d'encéphalite, de la grosseur d'une noisette, déjà envahi par un commencement de suppuration, et placé précisément au-dessous de la seule portion où la carie a détruit la table interne de l'os sur l'étendue d'un centimètre. Un foyer de ramollissement, du volume d'un petit œuf de poule, a remplacé la couche optique gauche dans presque toute sa moitié postérieure et détruit les fibres provenant de l'épanouissement du pédoncule cérébral. Il contient une bouillie d'aspect jaunâtre, non enkystée, mais bornée simplement par de la substance nerveuse non enflammée : les caractères microscopiques de cette matière (noyaux granuleux, cellules rares granuleuses, gouttelettes graisseuses, débris d'éléments fibrillaires) sont tout à fait ceux des gommes ramollies.

Il n'y a ni pigment granuleux, ni cristaux d'hématoïdine provenant des globules rouges, et qui n'auraient pas manqué, s'il se fût agi d'une ancienne hémorragie.

L'aspect des parties voisines, qui ne présentent pas de trace d'infarctus, et l'absence de toute affection cardio-vasculaire, s'opposent, à ce que l'on pense à un foyer de ramollissement embolique.

Observation II. — I. (T.), 32 ans, syphilitique depuis 11 ans, entre à l'hôpital de la Conception, le 18 octobre 1871, dans l'état suivant :

La face est d'une pâleur terreuse, la marche difficile ; la langue, ulcérée au niveau des grosses molaires du côté droit, produit un pus sanieux et fétide ; les dents sont en partie disparues ; le voile du palais est perforé. Céphalalgie violente et douleurs intolérables pendant la nuit. Exostoses et gommes suppurées sur le thorax, les bras, les jambes. Le malade répand une odeur infecte.

L'appétit est nul, le pouls misérable, l'intelligence encore intacte. Aggravation rapide de cet état cachectique.

Le 25 octobre, le malade ne peut plus ni se lever, ni avaler : la sensibilité ainsi que l'intelligence persistent.

Le 28, stupeur, coma ; le 2 novembre, décès.

Autopsie. — Le corps pituitaire a disparu en entier et la dure-mère ne renferme à sa place que du pus. L'apophyse coracoïde postérieure gauche est en partie détruite et ne tient plus que par une mince tige osseuse. La lame quadrilatère est exfoliée et perforée. L'apophyse basilaire est envahie par l'ostéite raréfiante.

Sur les coupes du cerveau, pas d'altérations dans les parties profondes. Au niveau de la partie moyenne de la circonvolution interne du lobe frontal, on trouve une gomme de la grosseur d'une amande, à grand diamètre antéro-postérieur. Deux autres plus petites s'observent plus en dehors.

Rien pendant la vie n'avait révélé ces lésions. La sensibilité avait toujours été intacte ; pas de désordres dans les facultés intellectuelles ni du côté des sens. L'invasion brusque du coma paraît devoir être attribuée à la congestion des méninges qui a dû se produire dans les derniers jours de la vie. (Dugout-Bally, *in* Gamel).

D'autres fois, le coma se produira sous forme de véritables attaques pouvant alterner avec des crises convulsives. Zambaco (1) rapporte un fait de ce genre ; il cite aussi l'observation d'un malade, observé par Lasègue et Trousseau :

« A la suite de céphalées nocturnes violentes, de troubles » du côté de la vision, X... devint complétement aveugle, en » même temps qu'il fut plongé dans un état comateux pro- » fond. Frappés de la marche bizarre de cette affection, » qui n'offrait aucune réunion de phénomènes révélant l'exis- » tence d'une maladie classique, tenant aussi compte de la » brusque explosion de ces troubles si graves, Trousseau et » Lasègue soupçonnent la syphilis. Sous l'influence de la » médication spécifique, l'état s'améliore comme par enchante- » ment, et deux mois après le malade, complètement rétabli, » reprenait ses fonctions d'employé au chemin de fer d'Or- » léans. »

---

(1) *Loc. cit.* Obs. LXXXVII.

Les heureux effets de la thérapeutique viennent donc démontrer clairement la nature de cet accident grave.

D'autres faits (Fournier, Mercier (1), Larché (2), établissent d'une façon péremptoire combien il importe de le distinguer de l'apoplexie vulgaire, malgré les analogies frappantes qui existent entre ces deux syndromes.

Observation III (*personnelle*).— Ma... Toussaint, âgé de 37 ans, courtier, entre à l'asile le 2 juillet 1877.

Homme intelligent et travailleur, Ma.... avait fait de bonnes affaires dans le commerce et s'était même ramassé une certaine fortune. Il s'est toujours montré d'une grande sobriété et a mené une vie régulière. Son père, homme peu intelligent, mais bien portant, eut dans les derniers temps de sa vie des attaques, à la suite desquelles il était resté paralysé ; une dernière attaque l'emporta à l'âge de 74 ans.

Sa mère mourut d'une affection utérine. Et à part la grand'mère paternelle qui radotait déjà à un âge peu avancé, on n'a rien remarqué de particulier chez les ascendants.

Le malade a eu trois sœurs : l'une mourut poitrinaire à l'âge de 28 ans ; les deux autres sont bien portantes, ainsi que leurs enfants (sauf un qui est mort de convulsions). Lui-même, à part quelques accidents choréiques à 12 ans, accidents qui disparurent d'ailleurs assez rapidement, a toujours été d'une santé robuste jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans, époque à laquelle il se maria. Il eut de son mariage cinq enfants ; deux moururent, l'un à quinze mois, du croup, l'autre à quinze ans de la poitrine ; les trois enfants qui restent sont intelligents et bien portants.

Deux ans et demi environ après son mariage, le malade contracta la syphilis (accident primitif aux parties génitales, éruptions cutanées spécifiques). Désireux de cacher sa faute, il se soigne en cachette et se soigne mal. A l'âge de trente-sept ans, huit ans après son mariage et six ans environ après l'infection, M... est pris, et cela,

---

(1) Th. Paris, 1875.

(2) Th. Nancy, 1879.

nous dit-on, quatre jours après un faux-témoignage porté contre lui en plein tribunal, d'une première attaque à forme épileptique, sans paralysie consécutive.

L'entourage du malade attribue cet accident à une mauvaise digestion ; mais bientôt un nouvel accès convulsif se produit, et pendant les huit années qui précèdent l'admission à l'asile, les attaques se reproduisent, isolées d'abord, et sans phénomènes prémonitoires ; elles vont bientôt en augmentant sous l'influence de revers de fortune et s'accompagnent de céphalalgie intense et de sensation de brisement.

A l'âge de quarante-cinq ans se produit, à la suite des accès, une parésie du bras droit qui dure deux ou trois jours, et dont la disparition permet à Ma.... de reprendre ses occupations. Il reste cependant un peu de bégaiement et une certaine faiblesse dans le membre parésié ; on constate aussi un peu de paresse intellectuelle ; le malade travaille difficilement, se fatigue vite. Mais bientôt des troubles délirants se produisent, troubles peu marqués d'abord, qui vont se précisant, à mesure que les attaques se répètent. Ma.... se dit riche, tout-puissant, possesseur de plusieurs millions ; des ennemis le jalousent. Il compte parmi ses principaux persécuteurs des francs-maçons, personnages mystérieux qui veulent lui ravir ses richesses, mais dont il saura se débarrasser.

A ce délire des grandeurs mélangé d'idées de persécution, s'ajoutent de l'égarement et une agitation telle que l'internement du malade est jugé nécessaire. Ma.... entre donc à l'asile à l'âge de quarante-six ans, avec le diagnostic de démence avec attaques épileptiformes ; on constate en effet, chez lui, un réel affaiblissement de l'intelligence et de plus des troubles musculaires consistant en une lourdeur de la marche et quelques défectuosités dans l'articulation des mots.

Les attaques convulsives, avons-nous dit, reviennent à intervalles très éloignés, plusieurs fois par mois et dans le courant du mois plusieurs jours consécutifs, quelquefois et le plus généralement plusieurs fois dans la même journée. A part l'absence d'aura et du cri initial, ces attaques revêtent par leur modalité, la modalité des attaques de la grande épilepsie, de l'épilepsie idiopathique, chute, perte de connaissance, écume à la bouche, première phase de tonicité avec congestion de la face, deuxième phase de clonicité

avec pâleur, troisième phase de résolution. Autre particularité, ces attaques de grande épilepsie alternent avec un état vertigineux, et au mois d'octobre dernier, on compte chez Ma.... cinquante vertiges dans la même journée ; tout d'un coup le malade pâlit, grimace, tourne la tête d'un côté, convulse ses yeux, puis tout rentre dans l'ordre.

Les attaques sont précédées et accompagnées d'une céphalée frontale ou plutôt fronto-pariétale se continuant très souvent dans la nuit et revenant encore parfois, indépendamment des attaques. Celles-ci deviennent d'année en année de plus en plus fréquentes. C'est ainsi que ce malade, qui a eu 35 attaques dans le courant de l'année 1878, a vu ce chiffre s'élever progressivement à 120 en 1887 ; et au fur et à mesure que les attaques se produisent, les troubles paralytiques vont s'accentuant de plus en plus. En avril 1887, nous notons ce qui suit :

D'une taille moyenne, bien proportionné, bien musclé, Ma.... a toute l'attitude de l'épileptique. Il écarte la base de sustentation, est incliné en avant et affaissé ; il y a comme un tassement de tout le corps. La marche est lente, lourde, peu sûre ; il frappe sur le talon en posant le pied, et il fléchit de temps en temps sur une jambe. La force musculaire est considérablement diminuée avec légère prédominance de la parésie du côté droit ; ses muscles, quand il veut tenir un objet, se contractent par secousses, et non d'une façon progressive ; il ne peut se tenir sur une seule jambe.

L'écriture du malade, qui était autrefois fort belle, reflète nettement ces troubles musculaires. Du côté de l'articulation des mots on constate du zézaiement, de l'ânonnement ; il traîne sur les mots en répétant la même syllabe. Tremblotements des lèvres et de la langue, dont la pointe est déviée à gauche ; commissure labiale plus relevée du côté gauche ; congestion passive très marquée de toute la face, qui est parésiée des deux côtés, mais surtout du côté droit. La tête a son volume normal, le front est peu développé. Les pupilles sont égales, avec cercle sénile.

Au cœur, le premier bruit est soufflé, le second claqué à l'orifice aortique. Le foie commence à trois travers de doigt au-dessous du mamelon et ne déborde pas les fausses côtes.

On constate une hyperexcitabilité musculaire et tendineuse très marquée, surtout dans les muscles fléchisseurs (les membres ont

une grande tendance à se fléchir). Le réflexe rotulien est exagéré des deux côtés. La sensibilité est obtuse, la perception lente, ce qui explique l'état d'obnubilation intellectuelle de Ma...

A l'examen ophthalmologique, on constate du côté de l'œil droit la pâleur de la papille ; du côté de l'œil gauche, rien de particulier, sauf une coloration rosée de la papille.

Si nous examinons maintenant le côté intellectuel, la démence apparaît profonde. Ma... ne sait ni l'année ni le mois où nous sommes ; il sait cependant le nom du médecin en chef. Il n'a, en outre, aucune initiative ; on est obligé de l'habiller, il mouille la nuit. Parfois se produisent des accès d'agitation, à forme maniaque ; il se lève de son lit, va, vient, ne dort pas, se déshabille, déchire, etc.

Un premier traitement antisyphilitique a été institué le 8 juillet 1887. La dose d'iodure de potassium, qui est d'abord de 2 grammes, est portée progressivement à 12 grammes ; en même temps, le bichlorure de mercure est administré en solution : la dose quotidienne, qui est d'abord de cinq milligrammes, est portée peu à peu à trois centigrammes. On diminue progressivement les doses, et on suspend le 10 août. Reprise du traitement au bout d'un certain temps, puis nouvelle suspension. Les attaques ne sont pas influencées par la médication spécifique ; mais il se produit ceci de particulier, c'est que, à chaque fois, pendant toute la durée du traitement, Ma... est très fatigué : les troubles intellectuels et moteurs semblent aggravés ; continuellement égaré, il ne comprend pas les questions les plus simples qu'on lui pose ; on doit le faire manger et la marche est à peu près impossible. Pendant la période de suspension, au contraire, une amélioration notable se produit, et en septembre 1887, quelques jours après la suspension du traitement, Ma... est plus éveillé, plus vif dans ses mouvements, mange seul, ne salit presque plus. Il comprend bien tout ce qu'on lui dit, reconnaît les personnes de son entourage et, sa femme étant venue lui rendre visite, il lui demanda, avec un certain intérêt, des nouvelles de sa famille.

Le *petit mal* dépendant de la syphilis cérébrale peut constituer, dans certains cas, à lui seul, les symptômes de la maladie ; mais le plus souvent il est associé à la forme de grand mal que nous venons d'étudier. Il la précède ou la suit

généralement. Il est constitué par des étourdissements, des vertiges, qui peuvent parfois devenir très fréquents et qui, comme dans l'épilepsie ordinaire, sont caractérisés par une perte de connaissance passagère, avec contraction de certains muscles de la face, qui devient pâle et est entraînée d'un côté.

Ces vertiges apparaissent par crises isolées ; c'est ainsi que notre malade de l'observation III est sujet, dans l'intervalle de ses attaques, à des phénomènes de ce genre et qu'on a compté jusqu'à 50 vertiges dans une seule journée. Quelquefois aussi les malades restent sous le coup de ce que Fournier appelle un état sub-vertigineux habituel ; ils accusent une incertitude cérébrale qui ne les quitte pas, les rend défiants d'eux-mêmes, les empêche d'accomplir un exercice qui exige une certaine précision de mouvements ; ils sont, en un mot, constamment sous la menace du vertige.

« A la suite de plusieurs grands étourdissements qui » l'avaient pris à quelques mois d'intervalle, un malade de » Fournier se plaignait d'un état constant de vague cérébral, » qui lui était des plus importuns. Il pouvait bien se lever, » sortir, aller et venir ; mais dans tous ses mouvements il se » sentait mal équilibré et jamais il n'était « sûr de lui ». La » descente d'un escalier était devenue pour lui une véritable » affaire d'Etat, une tâche des plus laborieuses, dont il ne » venait à bout qu'au prix des plus grands efforts, en s'accro- » chant à la rampe, en fermant à demi les yeux, en posant » successivement les deux pieds sur la même marche, à la » façon des petits enfants ».

D'autres fois les malades éprouvent des troubles de l'ouïe (bourdonnements, sifflements d'oreilles) ou de la vue (mouches volantes, perception vague et incertaine des objets pendant quelque temps). Ou bien ce sont des sensations étranges : un malade soigné par Fournier voit tout vaciller autour de lui, et les personnes renversées, la tête en bas ; un autre sent son lit

et lui-même emportés dans l'espace, « par une sorte de mouvement tourbillonnant ».

Un malade de Zambaco (1) « se plaint d'éblouissements et de bourdonnements d'oreilles ; mais ce qui le tourmente surtout, ce qui le préoccupe vivement, c'est ce qu'il appelle un tournoiement de tête, dont il est pris de temps en temps, sensation qui ne dure que quelques instants pendant lesquels il lui semble « qu'il est emporté comme dans un tourbillon, toujours en arrière. » Il ne peut, dans ces moments, fixer un objet sans éprouver une souffrance céphalique prononcée, et sans augmenter la durée de l'accès. Ces accidents s'accompagnent d'une appréhension de tomber, appréhension qui précède ces accès, et qui fait que le malade cherche de suite un point d'appui. Il doute aussi de la force de ses jambes quand il veut sortir. Toutefois il n'a éprouvé ni engourdissements, ni fourmillements, ni faiblesse dans les membres ; il n'éprouve aucune difficulté à saisir les corps les plus ténus ; toutes les fonctions organiques s'accomplissent régulièrement. Le malade ne peut lire que quelques instants de suite ; aussitôt les idées s'entre-choquent, la vue se trouble et il est obligé de cesser. »

Parfois, cet état vertigineux s'accompagne de tremblements dans les membres, de fourmillements passagers ou même persistants dans une extrémité du corps, de phénomènes d'engourdissements locaux, quelquefois semblables à ceux des ataxiques; il semble aux malades qu'ils ont les mains et les jambes enveloppées dans du coton. D'autres fois aussi, et survenant dans l'intervalle des attaques, ce seront des douleurs très-vives en divers points du corps. Le docteur Buzzard (2) relate l'observation d'un malade qui présentait des crises de divers

---

(1) *Loc. cit.* Obs. LXXXV.
(2) *Loc. cit.*

genres, consistant les unes en des attaques comitiales vulgaires, les autres en des attaques d'épilepsie partielle et consciente, d'autres enfin en des accès douloureux à la fois remarquables par leur soudaineté d'apparition, par leur intensité caractéristique et par leur disparition rapide.

Du côté de l'*intelligence,* il peut aussi se produire des troubles également fugaces, troubles caractérisés par une suspension momentanée de l'activité mentale, par des *absences* à peu près analogues à quelques formes du petit mal de l'épilepsie ordinaire ; les malades sont sujets à des obnubilations passagères ; un nuage leur passe sur l'esprit ; au milieu d'une conversation, le malade s'arrête soudain, l'œil fixe, la face pâle, et reste absolument étranger à tout ce qui l'entoure, comme frappé de stupeur. L'accès dure ainsi quelques secondes ; après quoi, encore hébété, ahuri, il revient à l'entretien suspendu ou reprend l'occupation momentanément abandonnée. (Fournier.)

Observation IV. — En septembre 1872, je fus consulté par M. A..., officier dans un régiment de cavalerie, pour une céphalalgie à peu près permanente, datant de six semaines environ et qui déjà à plusieurs reprises s'était montrée dans le courant de l'année. En outre de la douleur de tête, il y avait des troubles dyspeptiques très accentués, souvent des vomissements, une grande prostration des forces, de l'amaigrissement, une anémie profonde.

M. A... avait contracté un chancre induré quinze ans auparavant, et depuis cette époque jusqu'à ces derniers temps, il n'avait pas cessé d'être soumis de temps à autre, pour ainsi dire chaque année, à l'emploi de préparations mercurielles, d'iodure de potassium principalement, dans le but de combattre divers accidents qui, toujours, étaient rattachés à tort ou à raison, par les médecins consultés, à l'action de la syphilis.

Sous l'influence de je ne sais quelle préoccupation, je méconnus, je dois l'avouer, pendant un mois le véritable caractère de la céphalalgie et des autres phénomènes qui l'accompagnaient. Aussi les accidents allaient-ils toujours s'aggravant.

Un jour, on m'apprit que, depuis quelque temps, M. A... éprouvait de temps à autre ce qu'on appelait des absences. Il s'arrêtait, l'œil fixe, au milieu d'une conversation, pâlissait, et au sortir de ces sortes d'accès, qui duraient à peine quelques secondes, il restait pendant un certain temps comme hébété. D'ailleurs rien qui ressemblât à de l'aphasie ; pas traces de convulsions, sur aucun point, au début de la crise. Le malade n'avait, lui, aucune connaissance de ces attaques, dont il était du reste assez disposé à nier l'existence.

Un soir, vers sept heures, on vient me chercher en toute hâte. M. A..., avait été frappé deux heures auparavant, pendant une absence dont la durée n'avait pas dépassé le terme ordinaire, d'une paralysie subite, affectant le membre supérieur gauche. En revenant à lui, il avait trouvé ce membre absolument inerte, flasque, pendant le long du corps. Je constatai que la paralysie était limitée au membre supérieur gauche, qu'elle occupait dans toute son étendue et qu'elle n'intéressait ni la face, ni le membre inférieur du côté correspondant. Les personnes présentes m'assurèrent qu'à aucun moment il ne s'était rien produit qui ressemblât à des convulsions. Il n'existait d'ailleurs aucun trouble de la sensibilité dans la partie paralysée, ni anesthésie, ni analgésie, ni fourmillement. La monoplégie s'amenda progressivement pendant la soirée d'une façon très rapide. Le lendemain il n'en existait plus de traces.

Le traitement mixte fut institué immédiatement. Un nouvel accès de monoplégie brachiale gauche, en tout semblable au précédent et dont la durée ne dépassa pas quatre ou cinq heures, se produisit trois ou quatre jours après le commencement du traitement. Ce fut le dernier. La céphalalgie, l'anémie, la prostration des forces, disparurent rapidement. Le traitement fut continué avec les interruptions recommandées pendant plus de trois mois. J'ai reçu, il y a cinq ou six mois, des nouvelles de M. A..., et j'ai appris que depuis l'époque où je l'avais perdu de vue, aucun accident n'avait reparu. — (Charcot, *Progrès médical*, 1877).

Observation V. — W... contracte, en 1865, la syphilis à l'âge de dix-neuf ans. En 1866, il a des absences qui finissent par être remarquées par son entourage. En décembre 1867, il a eu une grande attaque convulsive ; le mal augmente ; vertiges qui deviennent quotidiens. Les grandes attaques éclatent tous les quinze jours environ.

Sous l'influence du traitement mercuriel, tout s'amende. Le malade n'a pas eu d'attaques depuis plusieurs années. — Albert Reder. (*Affections syphilitiques du système nerveux ; Vurteljahreschriff Dermatologie,* 1874, page 29).

Enfin, dans certains cas exceptionnels, il est vrai, la crise de petit mal prend, d'après Fournier, la forme d'impulsions soudaines irrésistibles, d'accès inconscients de fureur, de violence, etc., comme cela se produit fréquemment dans l'épilepsie vulgaire : « Un malade, consécutivement à des crises convulsives d'origine spécifique, sort de chez lui, l'œil fixe, le visage égaré, parcourt les rues au hasard, à la façon d'un homme en délire... ou bien il se précipite soudainement, sans motif, sur une personne qui vient lui rendre visite et la maltraite. »

Mais les crises convulsives ne sont pas toujours identiques à celles du grand mal vulgaire ; elles ne se produisent pas toujours suivant le type que nous venons d'étudier. Dans nombre de cas, en effet, les troubles convulsifs prennent une allure et revêtent des caractères spéciaux d'une grande importance. Tantôt localisés à un groupe de muscles isolés, à un membre, à une moitié de la face ; d'autres fois plus étendus et pouvant occuper une moitié de corps, ils constituent alors cette forme d'épilepsie dont Jackson a donné une description complète et que Charcot, autant pour rappeler la part considérable qui revient au médecin anglais que pour éviter toute confusion dans l'esprit et le langage des cliniciens, propose d'appeler *épilepsie Jacksonienne*. Outre cette limitation, les crises offrent ceci de particulier qu'elles sont conscientes ; l'intelligence est en effet conservée, les malades se rendent compte de leur situation, assistent aux diverses péripéties du drame, et si parfois il se produit un certain degré

d'obnubilation intellectuelle, le patient se souviendra toujours des phénomènes principaux qui ont marqué l'attaque.

Nous allons étudier cette variété d'épilepsie syphilitique sous ses deux formes :

1re forme : *monoplégique* ou *circonscrite.*
2me forme : *hémiplégique* ou *latéralisée.*

Forme circonscrite. — Bien étudiée par Charcot et par Fournier, elle est caractérisée par des spasmes convulsifs limités soit à un membre, à un segment de membre, ou même à une moitié de la face. Soudainement, avec ou sans aura, il se produit, le plus généralement au membre supérieur ou à la face, plus rarement au membre inférieur, une série de secousses musculaires d'une plus ou moins grande intensité, et coïncidant avec une entière conservation de l'intelligence.

« Un malade éprouve à maintes reprises (indépendamment de grandes attaques comitiales) des accès convulsifs localisés à l'un des membres supérieurs, durant d'une demi-minute à quelques minutes, et consistant d'abord en une sorte de crispation des doigts qui se raidissaient et s'écartaient les uns des autres, puis, un peu plus tard, en une flexion de l'avant-bras sur le bras ; double phénomène bientôt suivi de secousses saccadées, presque rythmiques, qui ébranlaient fortement tout le membre. » (Fournier.)

Observation VI (*personnelle*). — Pr... (Jean), âgé de 34 ans, ouvrier terrassier, né et domicilié à Agde (Hérault), entre à l'Asile, le 23 janvier 1886, d'office.

D'une assez bonne intelligence, ayant reçu une petite instruction, Pr.... a toute sa vie été robuste, bien portant et bon travailleur. Caractère un peu trop vif peut-être, mais gai, aimable, Pr.... aimait à

s'amuser ; il n'a cependant jamais fait le moindre excès de boissons.

Son père mourut accidentellement, à l'âge de 74 ans ; c'était un homme de bon sens, intelligent, et qui avait été toute sa vie très robuste. La mère est vivante, elle est âgée de 79 ans; elle serait asthmatique (?) depuis 4 ou 5 ans. Tous les grands-parents sont morts vieux. Un frère du malade, âgé de 44 ans, bien portant, intelligent, nerveux, n'a jamais présenté de troubles, soit physiques, soit psychiques ; il est père de deux enfants bien portants. Deux sœurs, mariées et bien portantes, n'ont jamais présenté d'accidents nerveux et ont des enfants pleins de santé.

Pr... se maria, à l'âge de 20 ans, avec une femme qu'il idolâtrait, et qui n'avait à se plaindre parfois que de ses vivacités; mais, dit-elle, il revenait vite à lui. De son mariage naquit bientôt une fille, qui est intelligente et n'a jamais eu la moindre maladie.

Peu après la naissance de cette enfant, Pr... part comme soldat, devient prévôt d'armes au régiment; son congé expiré, il rentre chez lui, à l'âge de 26 ans, bien portant en apparence et muni des meilleurs certificats. Peu de temps après son retour au milieu des siens, Pr... rend sa femme enceinte; elle accouche au huitième mois d'une fille qui vient au monde petite, mais fraîche et paraissant bien portante ; un mois après sa naissance, tout d'un coup, elle devint noire et mourut subitement, comme asphyxiée. Survint une deuxième grossesse; entre le sixième et le septième mois, la mère fit une chute dans un escalier : quelques jours après, elle accoucha d'un fœtus qui vint mort et tout noir.

Pr... avait 29 ans lorsque sa femme devint enceinte pour la troisième fois : l'enfant vint à terme, bien portant, et mourut en nourrice, de convulsions, à l'âge de quatre mois. A l'âge de 31 ans, Pr... eut son dernier enfant, qui vint au monde au neuvième mois, et mourut un mois environ après sa naissance. (On ne sait nous dire de quoi.)

Mais pendant son service militaire (et à une époque qu'il nous est impossible de préciser), Pr... a contracté la syphilis : chancres, plaques muqueuses à la bouche et à l'anus ; tout cela a été soigné superficiellement et pendant peu de temps (un mois et demi environ) par l'iodure de potassium et le mercure. Les symptômes disparurent, tant bien que mal, sans préoccuper davantage le malade, qui rentra chez lui, heureux de se retrouver dans sa famille, et se remit au

travail avec l'entrain et la gaieté d'autrefois. Cela durait depuis deux ou trois ans, lorsque des plaques muqueuses réapparaissent dans l'arrière-gorge, plaques muqueuses que le malade traita par le mépris le plus complet.

Depuis quatre ans, Pr... n'a plus eu d'enfants. Il n'avait jamais fait d'excès de coït à proprement parler; dans les premières années de son mariage, il avait souvent des relations avec sa femme, chaque jour et même plusieurs fois par jour; mais, depuis deux ans environ, il était très réservé, parce que, disait-il, cela le fatiguait et qu'il se sentait malade.

C'est, en effet, deux ans environ avant son entrée à l'Asile, qu'apparaissent les premiers symptômes de la maladie actuelle. A partir de ce moment, en effet, Pr... ne peut faire le moindre travail sans se fatiguer vite, et un jour qu'il était occupé à charrier du sable au bord de l'Hérault, il fut tout à coup pris de vertiges et resta un moment comme étourdi. Puis il se remit au travail, se plaignant seulement de douleurs au niveau de la ceinture, où «cela le serrait», disait-il.

Depuis lors, il a présenté à diverses reprises les symptômes suivants : tout à coup, il éprouvait dans les doigts de la main gauche des fourmillements qui gagnaient le bras, montaient jusqu'à l'épaule et s'accompagnaient d'une parésie qui l'empêchait de remuer le membre. En même temps sa langue s'embarrassait, il bredouillait. Cela durait dix minutes environ, sans qu'il y eût perte de connaissance, puis tout rentrait dans l'ordre.

A la suite de ces accidents, le caractère de Pr... se modifie : il devient triste, gémit pour la moindre des choses, cherche querelle à sa femme, dont il se montre fort jaloux et qu'il accuse de vouloir l'empoisonner.

La nuit, il est sujet à des cauchemars ; il se réveille en sursaut, poursuivi par des idées de faire le mal, idées contre lesquelles il essaye de réagir; il s'imagine être très malheureux, se plaint de plus en plus de sa femme et de ses proches, qui veulent se débarrasser de lui. Enfin, sous l'influence de ces idées hypocondriaques, Pr... devient tellement irritable que l'internement est jugé nécessaire.

Pr... est examiné le lendemain de son entrée à l'Asile, le 24 janvier 1886, et voici ce qu'on constate :

D'une taille un peu au-dessus de la moyenne, ce malade est bien proportionné, bien musclé ; la peau porte des cicatrices de cautères

à la colonne vertébrale et au niveau du cœur. Exostoses aux tibias et chapelet ganglionnaire au pli de l'aine. Pas de bourrelet hémorrhoïdaire.

Le crâne est petit, normal; le front est bien développé avec bosses frontales saillantes. Le teint est brun ; stases sanguines aux pommettes, avec coloration jaunâtre des sclérotiques.

Du côté gauche de la face, la commissure labiale est un peu abaissée et les sillons sont moins prononcés que du côté droit. Les pupilles, égales des deux côtés, jouent normalement ; la cornée est bordée d'un arc sénile léger : la langue n'est pas déviée, mais tremblante ; congestion violacée du fond de la gorge, avec cicatrices de plaques muqueuses. Le malade parle difficilement, nasonne ; cette difficulté de s'exprimer tient surtout à des contractions intempestives du muscle orbiculaire des lèvres et aux tremblements de la langue. L'épaule gauche est légèrement abaissée et la station sur la jambe gauche difficile.

Les bruits du cœur sont profonds, obscurs ; il n'y a pas de lésions d'orifices ; le pouls est régulier, normal en fréquence et en vitesse.

Les autres viscères n'offrent rien de particulier.

Le réflexe rotulien est exagéré, aussi bien à gauche qu'à droite; il n'y a pas d'hyperexcitabilité musculaire. La sensibilité est intacte.

L'affaiblissement intellectuel a fait son apparition ; mais il est encore peu marqué. Les idées ont toujours une direction triste ; il est très émotif : il est triste, même lorsqu'il parle des choses qui lui font plaisir et pleure en énumérant les certificats de bonne conduite qui lui ont été délivrés au régiment. Le sens du goût est le seul perverti ; il se plaint d'avoir des poudres, du sel dans ses aliments, surtout dans le pain.

Cet état se maintient ainsi pendant plusieurs mois. A différentes reprises Pr... est pris de vomissements s'accompagnant de vertiges. Ces vertiges se produisent surtout le matin, au lever. Pr... reste tout d'un coup immobile, pâle, égaré ; il urine dans ses pantalons, puis des mouvements convulsifs, légers, se produisent du côté de la face ; il bredouille. Revenu à lui, Pr... se plaint d'une vive douleur de tête et d'une grande faiblesse dans les membres.

Le 16 décembre 1886, Pr..., qui était très agité depuis quelques jours, se plaint un matin de ressentir dans le bras gauche des crampes qui le font beaucoup souffrir. Il essaye de se soulager en portant

la main droite vers le membre douloureux. On le fait coucher ; bientôt après, le membre supérieur gauche est pris de convulsions, en même temps que la face ; les convulsions gagnent ensuite le membre inférieur, où elles sont cependant peu marquées. Au bout de quelques minutes, tout cesse ; Pr... est étendu sur son lit, paraissant étranger à ce qui se passe autour de lui ; un peu d'écume à la bouche ; strabisme interne. Les membres du côté gauche, soulevés, retombent inertes dans le lit ; le pouce de la main gauche a de la tendance à se plier dans la main, qui est fléchie sur l'avant-bras. Le malade, si on essaie de le faire lever, ne peut se tenir debout et tombe du côté gauche. Le soir, il est moins égaré ; la température s'élève à 38°,5 ; le pouls est dépressible, petit, 84 ; la respiration normale.

Chaleur au niveau du front ; le malade se plaint d'avoir la tête lourde ; la commissure labiale est entraînée du côté gauche ; la langue entraînée du même côté est animée de tremblements. La station sur la jambe gauche est impossible. Exagération très marquée des réflexes rotuliens des deux côtés. Du côté gauche, la sensibilité est conservée dans le membre inférieur, mais le malade ne peut indiquer exactement le point piqué ; elle est diminuée au bras et à l'avant-bras et abolie à la main du même côté. Il y a de l'hyperesthésie dans les membres du côté droit ; la sensibilité est normale à la face, des deux côtés.

27 décembre.— Depuis l'attaque précédemment signalée, attaque qui a été suivie, deux jours après, d'un vertige passager, avec perte de connaissance et entraînement sur le côté gauche, sans mouvements convulsifs, la paralysie persiste, quoique incomplète, dans tout le côté gauche du corps : le malade peut soulever son bras, plier son coude, fléchir les doigts ; mais tout cela se fait par saccades et en même temps que s'accomplissent les mêmes mouvements du côté opposé. La face est paralysée du côté gauche ; pupilles normales ; strabisme interne ; sensibilité normale ; hyperexcitabilité musculaire, surtout marquée du côté gauche ; exagération du réflexe rotulien, et mouvements épileptoïdes à droite.

L'intelligence n'est pas plus affectée qu'avant l'attaque ; pas d'idées délirantes.

12 janvier 1887. — La paralysie du côté gauche diminue de plus en plus ; actuellement la marche est possible ; le malade plie sur la

jambe gauche ; la force musculaire, conservée du côté droit, est bien diminuée à gauche ; il peut à peine écrire, est obligé, en écrivant, d'épeler chaque lettre ; on doit lui répéter à plusieurs reprises les mots qu'il oublie dès qu'il les a prononcés.

Un traitement spécifique a été institué une première fois peu après l'entrée : l'iodure de potassium a été administré à doses progressivement croissantes jusqu'à 11 grammes par jour ; en même temps frictions deux fois par jour avec onguent mercuriel (depuis 4 grammes jusqu'à 62 grammes). Puis les doses d'iodure et de mercure étaient diminuées progressivement ; cessation du traitement ; reprise au bout de quinze à vingt jours. Pendant le traitement on n'a jamais observé chez Pr... aucun signe d'intoxication, seulement un peu d'érythème au niveau des points où étaient pratiquées les frictions. Au point de vue psychique, aggravation des troubles délirants et agitation considérable pendant les médications successives ; puis affaissement et disparition des idées délirantes dans l'intervalle. En septembre 1886, les doses quotidiennes d'iodure ont été portées jusqu'à 24 grammes, et celles d'onguent napolitain à 15 grammes, sans qu'il se produise rien de particulier. En janvier 1887, les frictions mercurielles sont remplacées par des injections hypodermiques de peptonate de mercure, qui sont difficilement supportées par le malade et donnent lieu à des abcès.

5 mai 1887.— Depuis un dernier vertige qu'il a eu le 8 avril, Pr... est dans un état d'agitation continuelle ; il va, vient, chantonne en parlant. La psalmodie naturelle aux paralysés s'est transformée en un chant continuel. Ce matin, nouveau vertige : il a tourné sur lui-même et est même tombé ; depuis, il parlotte sans cesse en faisant force gestes : ce sont des phrases, des mots qui s'enchevêtrent, dans le plus grand décousu. Il s'interrompt lorsqu'on l'interpelle, mais reprend vite, et automatiquement pour ainsi dire, sa psalmodie. Ses pupilles sont égales, mais paresseuses. Tremblements verticaux au niveau des mains étendues. Exagération du réflexe rotulien, surtout marquée à gauche.

Les idées ont complètement changé d'objectif ; la physionomie est encore triste, mais les idées de richesse et de grandeurs sont très-nettes ; il a beaucoup de millions, de milliards, des millions d'enfants répandus sur toute la France ; il est allé au ciel, il est le bon Dieu, etc. Quoique la démence soit considérable, Pr... se rend encore compte

de ce qui se passe autour de lui. L'écriture est à peu près impossible.

10 janvier. — Pr... a eu encore quelques vertiges ; les troubles paralytiques se sont généralisés. Commencement d'eschare au sacrum, qui s'étend peu à peu et gagne en surface et en profondeur.

Forme latéralisée. — Celle-ci, beaucoup plus fréquente, avait déjà été étudiée en 1827 par Bravais, qui en avait donné dans sa remarquable thèse les principaux caractères et l'avait désignée sous le nom d'*épilepsie hémiplégique.*

Étudiée depuis par Charcot et Fournier, à qui nous devons les meilleures observations, cette forme de l'épilepsie syphilitique est constituée par des spasmes convulsifs se produisant en pleine connaissance et occupant toute une moitié du corps ; ces spasmes débutent par un segment de membre ou un groupe de muscles et se propagent ensuite plus ou moins rapidement à la face et au membre inférieur du même côté, l'autre moitié restant indemne ; le malade assiste à sa crise, indiquant où il souffre et demandant à être soulagé ; mais d'autres fois, tout en se rendant compte de ce qui se passe, il ne pourra ni parler, ni faire un geste ; puis, la crise passée, il sera en état de raconter toutes les circonstances qui l'ont accompagnée.

« Un malade, dit Fournier, causait tranquillement entre sa femme et moi. Tout à coup il cesse de parler, et sa physionomie prend une expression étrange ; il semble frappé subitement de stupeur, avec immobilisation tétanique. Puis toute la moitié gauche du corps (et la gauche seulement) est prise de convulsions : le bras gauche se raidit, se tord et est entraîné vers la partie postérieure du tronc ; les doigts se fléchissent et se crispent ; le membre inférieur gauche s'étend et reste maintenu dans une rigidité invincible, la bouche se dévie, la tête enfin exécute un mouvement de rotation forcée vers le côté gauche et conserve cette attitude pendant toute la durée de la crise ; finalement de petites secousses rythmiques agitent

l'avant-bras et la main, toujours du côté gauche, et l'accès se termine après trois ou quatre minutes de durée.

» Or, pendant tout le temps que dure cette attaque, la connaissance reste conservée ; seulement le malade ne répond pas, même par un mot, même par un geste, aux questions que nous lui adressons. Sa physionomie exprime l'ahurissement et la terreur ; mais l'intelligence et la connaissance ne sont nullement anéanties ; le malade voit et comprend sa crise ; on lit sur son visage les impressions successives qu'il ressent. Lui-même d'ailleurs, le lendemain, nous racontait dans ses moindres détails l'épisode de la veille, à peu près aussi exactement que nous eussions pu le faire, sa femme et moi. »

Nous extrayons de la thèse de Bravais (1) les deux observations suivantes :

Observation VII. — Handel, âgé de 40 ans, d'une forte constitution, avait contracté la syphilis, dont il négligea le traitement. A 40 ans, il eut une exostose sur l'humérus droit. Admis à l'hôpital en mai 1820, il y fut guéri de cette maladie. Un mois après son entrée, en prenant un bain trop chaud, Handel ressentit tout à coup une vive douleur qui, du pied gauche, s'éleva au tronc et à la tête, sans perte de connaissance. Depuis lors il fut traité comme épileptique. Ses attaques étaient bornées au côté gauche, débutant toujours par le membre inférieur et duraient depuis un quart d'heure jusqu'à deux heures.

Le 31 janvier 1821, Handel fut transféré à Bicêtre comme épileptique incurable. Un an après l'invasion de son mal, accès répétés d'épilepsie pendant 17 heures. Ils furent suivis d'une hémiplégie du mouvement du côté gauche et de paralysie de la sensibilité des deux membres latéraux. L'épilepsie n'a pas reparu. L'insensibilité du derme a cédé à des lotions de vin chaud longtemps continuées ; l'hémiplégie a persisté. En 1824, Handel m'a donné tous ces détails sur les accidents qu'il avait éprouvés. Il est hémiplégique, marche avec

(1) *Loc. cit.*

peine à l'aide d'un bâton ; la jambe et le bras sont fortement paralysés ; la parole est un peu gênée, la bouche et la langue le deviennent ; les excrétions alvines sont libres. Toutes les autres fonctions s'exercent dans leur intégrité.

Observation VIII.—Roy, 42 ans, bien portant, n'a eu que trois blennorrhagies syphilitiques ; la dernière date de sept ans. Attaques il y a un mois, se répétant tous les jours, tantôt avec perte de connaissance et tantôt sans perte de connaissance, engourdissement dans les doigts de la main droite. (Le malade peut faire avorter l'accès en saisissant celle-ci avec la main gauche); puis, secousses convulsives dans le côté droit, qui plus tard devient paralysé.

D'autres fois, par suite de la trop grande répétition des attaques, les fonctions intellectuelles sont gravement atteintes, et le malade ne se rendra que bien imparfaitement compte des troubles qui constituent la crise ; dans certains cas même, il y aura limitation de convulsions et perte de la conscience.

Quelquefois cette épilepsie partielle et consciente n'est que le prélude d'une crise plus complète avec perte absolue de la conscience (Viard, obs. VIII et XI.) (1).

L'observation suivante, due à Charcot, nous montre d'autres fois les spasmes localisés d'abord, se généralisant bientôt à tout le système musculaire pendant que survient la perte de connaissance.

Observation IX. — Le 13 décembre 1874, j'ai été appelé par M. le docteur Malhené auprès de M. X..., âgé de 42 ans, atteint d'accidents cérébraux graves et confiné pour ce fait dans sa chambre depuis plusieurs mois. Dans son récit, M. X... fait remonter la maladie actuelle au mois de juillet de cette même année. Employé dans une maison de banque, il était un certain jour, comme d'habitude, assis devant son bureau, occupé à écrire, lorsque tout à coup, sans avoir remarqué de phénomènes précurseurs immédiats, il

(1) Th. Paris, 1878.

sentit, non sans effroi, son membre inférieur droit agité de secousses convulsives, rythmiques, précipitées, très énergiques.

Cette sorte de trépidation dura peut-être quelques secondes, puis le membre inférieur rigide se souleva tout d'une pièce et presque aussitôt après, M. X... tomba à terre sans connaissance. Il ne reprit ses sens qu'au bout d'une heure environ, et il ne sait rien de ce qui s'est passé pendant ce temps-là.

Dès le lendemain il put retourner à ses affaires, et aucun accident nouveau ne s'était présenté quand un jour, en septembre, au moment où il descendait d'omnibus, il tomba sur le pavé, privé de connaissance, après avoir éprouvé comme la première fois, pendant quelques secondes, cette même trépidation avec rigidité du membre inférieur droit, signalée déjà plus haut. Un léger affaiblissement parétique des membres du côté droit, une notable confusion dans les idées, un certain degré d'obnubilation intellectuelle : tels ont été les symptômes qui ont suivi cette seconde attaque et ont persisté après elle.

A partir de cette époque, M. X.., suspendit ses affaires, et ne sortit plus de chez lui qu'à de rares intervalles, et principalement parce qu'il craignait toujours d'être repris, dans la rue, de nouveaux accidents.

Vers le milieu du mois de novembre, sans cause appréciable, sans avertissement aucun, éclata un troisième accès ; cette fois, la durée des phénomènes de l'*aura motrice* a été plus longue, et le malade, avant de perdre connaissance, eut le temps de reconnaître que les secousses convulsives rythmiques, ainsi que la rigidité, après avoir occupé le membre inférieur droit et sans l'abandonner, avaient envahi rapidement le membre inférieur du même côté. Une personne présente en ce moment raconte qu'ensuite la tête s'était penchée vers l'épaule droite, en même temps que le côté droit de la face était grimaçant; puis les convulsions s'étendirent au corps tout entier, prédominant cependant sur le côté droit, et après leur cessation survint le sommeil stertoreux. Il est certain que durant l'accès, M. X... ne s'est pas mordu la langue et qu'il n'a pas uriné sous lui. Sans qu'il eût repris connaissance, plusieurs autres attaques se reproduisirent, sur tous les points semblables à la première, de manière à constituer un état de mal dont la durée a été de 3 heures environ. Les phénomènes consécutifs déjà signalés à propos de la crise du mois de septembre

n'ont fait que s'accentuer davantage ; à la suite de celle dont il vient d'être question, il s'y est joint pendant quelques jours un certain degré d'embarras de la parole et d'amnésie verbale, un sentiment d'engourdissement dans la joue du côté droit, au voisinage de la commissure labiale ; mais ces derniers symptômes ont été tout à fait passagers ; ils s'étaient complètement dissipés lorsque je vis M. X...

Après avoir vérifié l'existence qui m'avait été signalée d'un affaiblissement, d'ailleurs léger, des membres du côté droit, je reconnus qu'ils n'étaient le siège d'aucune sensation de fourmillement et qu'ils ne présentaient pas de traces d'anesthésie ; je constatai enfin que la vision n'était nullement troublée.

En écoutant le récit de M. X..., j'avais été tout naturellement conduit à soupçonner que, chez lui, la syphilis pouvait être en jeu, et je procédai immédiatement à l'examen des diverses parties du corps accessibles à l'œil, espérant y rencontrer les vestiges de l'une quelconque des manifestations tardives de cette maladie. Le résultat de cette investigation fut absolument négatif.

Il n'en a pas été de même de l'étude des antécédents, qui elle, au contraire, me permit de recueillir des renseignements très significatifs. J'appris en effet ce qui suit : à l'âge de 29 ans, c'est-à-dire 12 ans environ avant l'apparition des premiers accidents épileptiformes, M. X... avait contracté un chancre induré, bientôt suivi de diverses manifestations relevant de la syphilis constitutionnelle, parmi lesquelles a figuré la roséole. Le traitement de la maladie à cette époque paraît avoir été régulièrement dirigé et continué pendant plusieurs mois. Les choses en restèrent là, et pendant plus de 10 ans M. X... avait vécu en bonne santé, jouissant d'une sécurité parfaite, lorsqu'à la fin de 1873 il commença à ressentir un malaise singulier, marqué surtout par une grande prostration des forces, de l'inaptitude au travail intellectuel, des troubles dyspeptiques très prononcés, très tenaces et se montrant rebelles aux moyens vulgaires. Un certain degré d'amaigrissement, un état cachectique assez prononcé, qu'aucune affection viscérale ne semblait motiver, et enfin une céphalalgie d'un genre particulier vinrent compléter le tableau. Cette céphalalgie n'a jamais cessé d'exister à un certain degré depuis lors.

A l'origine, elle se montrait constamment localisée dans un espace

circonscrit, pas plus large qu'une pièce de 1 franc, au-dessus du sourcil droit, vers la tempe; plus tard, au moment des exacerbations, elle s'est étendue souvent jusqu'au sommet de la tête et même à l'occiput, sans abandonner toutefois jamais son foyer primitif. Il paraît bien établi que les exacerbations ont lieu habituellement vers les sept heures du soir, se prolongeant plus ou moins dans la nuit et empêchant quelquefois le sommeil; jamais elles n'ont été suivies de vomissements.

Après avoir recueilli tous ces renseignements, je me crus autorisé à déclarer qu'à mon sens, les divers accidents éprouvés par M. X..., depuis dix-huit mois, devaient être rattachés à la syphilis et que vraisemblablement ils cèderaient tous à l'emploi convenablement dirigé du traitement mixte. On m'apprit alors que, d'après le conseil d'un médecin autrefois consulté, M. X..., depuis près d'un an, n'avait peut-être jamais cessé de se soumettre à l'usage du sirop hydrargyrique ioduré, à celui de doses moyennes d'iodure de potassium.

Cette révélation ne me découragea point, et, me fondant sur l'enseignement tiré d'observations antérieures, j'émis l'opinion qu'il fallait procéder ici en quelque sorte par une attaque de vive force et chercher à brusquer le dénouement; qu'en d'autres termes, l'administration immédiate de doses élevées triompherait peut-être rapidement, là même où l'action prolongée de doses moyennes s'était montrée insuffisante pour conjurer les accidents et aussi pour les combattre une fois développés.

Nous convinmes, mon confrère et moi, d'instituer la médication ainsi qu'il suit : des frictions seront faites chaque jour avec 5 ou 6 grammes d'onguent napolitain; en même temps l'iodure de potassium sera pris à la dose de 6 à 8 ou 10 grammes par jour, en partie par la bouche, en partie en lavement. Le traitement devra être maintenu autant que possible dans toute sa rigueur pendant 20 jours environ, suspendu ensuite complétement pendant quelques jours, rétabli de nouveau de la même façon que la première fois et ainsi de suite à trois ou quatre reprises.

J'ai revu M. X... à la fin de 1875. Il m'apprit que le traitement avait été mis en œuvre le lendemain de la consultation; que deux mois après l'amendement dans tous les symptômes permanents : céphalalgie, parésie, dyspepsie, état cachectique, était tel déjà, qu'il

avait pu reprendre ses occupations; qu'un mois plus tard il se considérait comme complétement guéri; qu'enfin, quant aux attaques épileptiformes, elles n'avaient plus reparu et qu'il n'avait d'ailleurs rien ressenti qui pût lui en faire redouter la réapparition.

J'ai revu une seconde fois M. X... à la fin de 1876. La guérison à cette époque ne s'était pas démentie un seul instant. (Charcot, *in Progrès médical*, 1877).

Souvent, dans ce cas, les convulsions, tout en se généralisant, restent beaucoup plus fortes et se prolongent beaucoup plus longtemps dans le côté primitivement atteint. D'après Echeverria, les convulsions ne sont franchement unilatérales que chez un petit nombre (29 fois sur 118 malades qu'il a observés); le plus souvent, dit-il, elles sont générales, avec prédominance d'un côté du corps.

Enfin, pour terminer, nous allons voir que ces diverses formes d'épilepsie syphilitique que nous venons de passer en revue peuvent s'associer ou se succéder chez le même sujet. « Il est fort ordinaire de voir un sujet éprouver tour à tour des crises d'épilepsie partielle typique, restant partielles et conscientes pendant toute leur durée, et des crises d'épilepsie qui, originairement latéralisées et conscientes, aboutissent plus tard à la perte de connaissance, avec convulsions plus ou moins généralisées. » (Fournier.) Et de ceci la confirmation se trouve dans les observations suivantes :

Observation X. — X..., âgé de 40 ans, contracte un chancre induré en 1871. Divers accidents secondaires dans le cours de la même année et de la suivante (roséole, angine, plaques muqueuses, etc.). Traitement prolongé par les pilules de proto-iodure; nul autre accident pendant deux années environ.

En 1874, le malade est pris subitement, pendant qu'il travaillait à à son bureau, d'accidents bizarres consistant en ceci : douleur soudaine très intense dans le côté droit et au niveau du foie. Cette douleur force le tronc à s'incliner du même côté ; elle ne dure que

quelques secondes. Puis, immédiatement, le bras droit se tord sur son axe, en pronation forcée, et est agité de mouvements convulsifs ; le malade assiste, sans perdre connaissance, à cette crise, qui dure de une à deux minutes. Un quart d'heure plus tard, seconde crise, absolument semblable et durant le même temps ; la connaissance est encore conservée. Une troisième crise se produit 10 à 15 minutes après la seconde ; cette fois, le malade perd connaissance.

Les jours suivants, deux attaques épileptiformes, avec convulsions unilatérales et rotation de la tête du côté ou siègent les convulsions, mais sans pâleur de la face et sans perte de connaissance. Traitement : frictions mercurielles et bromure de potassium (4 grammes par jour). Suspension immédiate des accidents.

Depuis cette époque, le malade a été affecté d'un double sarcocèle syphilitique. En mai 1875, il a été repris de nouveaux accidents épileptiformes analogues aux précédents, mais beaucoup moins intenses, lesquels ont également cédé au traitement spécifique. (Communiquée à M. Fournier par M. Brouardel).

Les deux observations suivantes sont dues à Charcot :

Observation XI. — Un confrère étranger, de passage à Paris, me fit prier, le 26 août 187..., de le venir voir, pour lui donner un avis, dans les circonstances suivantes ; durant l'avant-veille, chez un ami, il avait été tourmenté, pendant toute la durée du repas, par l'exaspération d'un mal de tête dont il souffrait, à un degré modéré, depuis plusieurs jours déjà. Au sortir de table, il résolut de se rendre immédiatement chez lui à pied ; mais à peine avait-il fait quelques pas dans la rue que son membre inférieur droit fut tout-à-coup pris de rigidité, et en même temps secoué, en quelque sorte, par des convulsions rythmiques précipitées et violentes. Presque aussitôt après, le membre supérieur du même côté fut à son tour envahi de la même façon, et à ce moment M. B... tomba sans connaissance sur le trottoir. A son réveil, il se trouva, à sa grande surprise, couché dans son lit, où on l'avait transporté. La perte de connaissance avait duré peut-être une heure.

Pendant la nuit, qui fut sans sommeil, et durant la journée du lendemain, des attaques du même genre se produisirent à trois ou quatre reprises. Seulement aucune de celles-ci n'alla, comme l'avait

fait la première, jusqu'à la perte de conscience. Chaque fois qu'elles se produisaient, le malade assistait, non sans émotion, à l'envahissement progressif et régulier des mouvements convulsifs qui, commençant toujours par le membre inférieur gauche, gagnaient ensuite le membre supérieur du même côté et quelquefois, en outre, la moitié correspondante de la face. Une nouvelle attaque, avortée également comme celle de la veille, avait eu lieu dans la matinée du jour où je vis M. B... pour la première fois. Pendant tout ce temps, la céphalalgie n'avait pas cessé de sévir, s'exaspérant cruellement au moment où les accidents convulsifs allaient se déclarer.

Je trouvai en M. B.... un homme dans la force de l'âge, de haute taille, vigoureusement constitué et jouissant habituellement d'une santé excellente ; seulement, depuis quelques semaines, il se sentait mal à l'aise, sans appétit, lourd, fatigué aux moindres efforts, et, de plus, les traits de son visage avaient pâli manifestement. Après avoir reconnu tout d'abord l'absence, chez lui, de paralysie motrice, et, à part la céphalalgie, de troubles quelconques de la sensibilité, soit à la face soit dans les membres, je constatai aisément qu'il existait un certain degré de confusion dans les idées, et peut-être aussi un peu d'embarras dans la parole, toutefois sans symptômes d'aphasie.

M. B... avait, dix-huit mois auparavant, contracté un chancre avec induration, et à la suite étaient survenues plusieurs manifestations diathésiques, parmi lesquelles le psoriasis palmaire (1).

Charcot ajoute qu'un traitement prompt et énergique remit M. B.... dans un état de santé irréprochable.

Observation XII. — M. K..., né aux Antilles, d'une constitution très délicate, nerveux et impressionnable au plus haut point, a été atteint d'un chancre induré en 1868, à l'âge de 29 ans. Puis il a eu un double iritis extrêmement tenace, des taches (?) sur le front, du psoriasis palmaire, des douleurs rhumatoïdes intenses et prolongées, une anémie profonde et durable, et des arthrites subaiguës. Un

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du syst. nerv.*

traitement approprié a été suivi pendant six mois environ, puis définitivement abandonné.

Vers la fin de 1873, M. K..., fonctionnaire en Cochinchine, fut atteint de la diarrhée du pays et, par ce fait, profondément débilité. Vers la même époque il commença à ressentir très fréquemment, presque habituellement, des douleurs de tête qu'il croyait être des migraines, et qui ont persisté en s'aggravant jusque dans ces derniers temps.

En 1874, six ans après le début de la syphilis, bien que la diarrhée se fût amendée quelque temps, M. K... toujours très faible, toujours sujet à ses maux de tête, fut, à la suite d'une discussion vive, saisi tout à coup d'un accès d'épilepsie, avec perte immédiate de la connaissance, convulsions généralisées d'emblée, écume à la bouche, urines involontaires, etc. L'invasion, je le répète, paraît avoir été littéralement soudaine, inopinée, et le malade ne connaît l'attaque que d'après ce qui lui en a été dit par les assistants.

A la suite de cet accident, il rentra en France. Pendant la traversée, un nouvel accès se produisit, en tout semblable au premier; puis quelques jours après, un autre encore, mais fort différent, celui-là, des précédents. Cette fois, en effet, le malade avait senti d'abord sa main gauche se fermer convulsivement et le bras correspondant se raidir, après quoi, par suite d'un mouvement de torsion du cou, sa face s'était portée vers l'épaule gauche.

Enfin, comme attiré par une force invincible vers la gauche, il était tombé sur ce côté, et c'est à ce moment seulement, c'est-à-dire plusieurs secondes après le début de l'accès, que la perte de connaissance était survenue. Le véritable caractère des accidents convulsifs venait ainsi de se révéler; à partir de là, les accès ne se sont plus présentés jamais que sous forme d'épilepsie partielle ou hémiplégique, tantôt avec perte de connaissance, tantôt, le plus souvent peut-être, sans perte de connaissance.

Depuis le 9 juillet jusqu'à la fin d'octobre, ils n'ont pas cessé de se reproduire tous les cinq ou six jours, et quelquefois même plusieurs fois par jour.

Pendant les trois premiers mois, à part la céphalalgie à peu près toujours présente et localisée sur un espace circonscrit de la région du pariétal droit, les intervalles des accès étaient restés libres de tout accident persistant; mais, dans les premiers jours d'octobre,

la contracture commença à s'emparer du membre supérieur gauche, de la main surtout, et à l'occuper d'une façon persistante, de manière à la tenir en permanence dans la demi-flexion. Elle envahit même, bien qu'à un degré moindre, le membre inférieur correspondant.

La main et l'avant-bras contracturés étaient devenus, dans le même temps, le siège de fourmillements incommodes et aussi d'une hyperesthésie exquise. Le malade redoutait au plus haut point que l'on heurtât ce membre ou même qu'on le touchât légèrement, et, si cela arrivait quelquefois par hasard, il poussait des cris violents. Il assurait que, plusieurs fois, un ébranlement communiqué à sa main douloureuse avait été l'occasion du développement d'une de ses attaques convulsives.

Le traitement spécifique a remis complètement le malade. (Charcot, *loc. cit.*)

ÉVOLUTION

Telle est l'épilepsie syphilitique dans les modalités diverses qu'elle peut revêtir; voyons quelle sera sa marche.

Fatalement, à moins qu'un traitement prompt et énergique ne vienne neutraliser les effets de la lésion créée par la vérole, de nouvelles crises convulsives succéderont à la première et cela à une époque plus ou moins éloignée de celle-ci.

Cette époque est, en effet, très variable. D'après Fournier, la seconde attaque ne succède guère à la première avant un délai de six semaines en moyenne, parfois même plus tard. Viard a observé, dans le service de Fournier, un malade qui a présenté, entre la première crise et la seconde, un intervalle de dix-neuf jours.

D'autres fois il se produira de longs mois avant qu'éclate une nouvelle catastrophe, si bien que les malades, se croyant guéris, ne croient pas nécessaire de recourir aux soins du médecin. — R. Gowers (1) rapporte le cas d''un homme qui, après un accès épileptique suivi d'une parésie qui disparut sous l'influence du traitement, ne souffrit, pendant deux ans, que de céphalée, puis fut pris brusquement de convulsions, et mourut dans le coma.

De même un malade de Zambaco, après un premier accès, resta dix-neuf mois sans être sujet à de nouvelles crises; puis,

---

(1) In *Revue de Hayem*, 1879.

au bout de ce temps, celles-ci réapparurent fréquentes ; d'abord tous les trois ou quatre mois et allèrent en se rapprochant de plus en plus.

Mais, si les attaques sont au début assez largement espacées les unes des autres, elles vont se rapprochant à mesure qu'on s'éloigne de la période initiale. Chez le sujet de l'observation 16 du tableau, les accès, espacés d'abord, vont se reproduisant par séries, à des intervalles de 15 à 20 jours, puis deviennent si nombreux que le malade en a 40 dans la même journée. Parfois même, — et c'est là un des modes de terminaison qu'il n'est pas rare d'observer à une période encore jeune de la maladie, et que nous devons tout d'abord signaler, — les accès deviennent subintrants et constituent un véritable état de mal permanent (obs. 10 du tableau). Le malade meurt alors avant qu'on ait pu essayer d'enrayer par une médication énergique la marche fatale de l'affection.

Mais, à mesure que les attaques se répètent et se rapprochent, la scène morbide change : à cette épilepsie, pure d'abord, et qui avait toutes les allures du mal comitial vulgaire ou qui, par la limitation de ses convulsions, répondait à un type particulier bien défini, vont s'ajouter des troubles divers, d'autres phénomènes résultant de la désorganisation cérébrale qui fait des progrès, phénomènes qui vont prendre peu à peu la première place et qui viendront tôt ou tard terminer la scène.

Avec Fournier, nous les diviserons en trois groupes :

1° Troubles congestifs ;
2° Troubles intellectuels ;
3° Troubles de motilité.

Les *troubles congestifs* nous arrêteront peu. Ici encore nous notons cette douleur de tête habituelle, devenant quelquefois moins vive en dehors des accès, mais souvent aussi se

faisant sentir dans les mêmes points avec la même intensité, les mêmes exacerbations nocturnes, toujours intolérable et s'exaspérant cruellement au moment où les accès vont se produire. C'est encore un engourdissement passager d'un membre accompagné de tremblements, de crampes, de fourmillements, tantôt aux orteils, tantôt aux doigts, fourmillements incommodes, auxquels s'ajoute parfois une hyperesthésie telle que, comme chez le malade de l'obs. XII, le moindre attouchement, même léger, provoque des cris violents et peut quelquefois même amener une crise.

En même temps, des troubles du côté des divers sens se produisent : bourdonnements d'oreilles, troubles visuels, amblyopie, mouches volantes, etc.

Autrement graves, autrement importants sont les troubles intellectuels que nous allons maintenant étudier.

A mesure que les attaques se répètent, des modifications se produisent : le caractère change, le malade devient violent, exalté, ou bien anxieux et mélancolique, indifférent à tout ce qui l'environne. L'intelligence s'alourdit, le malade ne peut plus se livrer à ses occupations habituelles ; s'il essaie de lire, la vue se trouble et la tête se fatigue rapidement ; il se décourage, se croit au terme fatal de sa maladie, pleure sans motif, se sent le plus malheureux des hommes. Peu à peu la mémoire diminue et cet affaiblissement devient de plus en plus marqué : le malade oublie, se répète en parlant. Un malade de Viard, interrogé sur son séjour à l'hôpital Beaujon, non-seulement ne se rappelle plus ce qu'on lui a fait, mais encore a oublié la figure du médecin qui le soignait et celle des personnes qui l'entouraient, au point qu'il lui serait impossible de les reconnaître. Cette amnésie lente et progressive peut, dans certains cas, se produire brusquement, tout d'un coup, à la suite d'un violent accès. (Fournier).

L'intelligence va s'affaiblissant de plus en plus, et le malade aboutit à la démence, démence particulière qui peut apparaître à une époque plus ou moins rapprochée de l'éclosion de la maladie, qui peut être plus marquée à certains moments qu'à d'autres. Sur cette démence primitive viennent se greffer des accès d'agitation à forme maniaque, qui dissimuleront jusqu'à un certain point, et cela pendant assez longtemps, l'existence de la déchéance intellectuelle. D'autres fois, les malades passeront d'un état d'excitation intense à un état de dépression, de stupeur, qui prouvera que l'intelligence est plus profondément atteinte qu'on ne l'aurait cru pendant la période d'excitation. Enfin un des grands caractères de cette démence, caractère qu'on ne retrouvera pas dans la démence secondaire, consécutive aux aliénations mentales par troubles fonctionnels, c'est qu'elle est la plupart du temps curable.

Le délire que nous avons pu constater chez nos malades est marqué au coin de cette déchéance intellectuelle ; il est incohérent, niais, non systématisé : les paroles comme les actes traduisent la démence.

Dans certains cas cependant le délire se produit dès le début, intense ; à la suite d'une ou plusieurs attaques éclate une agitation maniaque, à direction variable et ayant comme caractéristique l'offensibilité, semblable en cela à ce qui se passe dans l'épilepsie ordinaire. Un malade de Fournier « devint véritablement fou, à la suite de plusieurs crises rapprochées et violentes. Il tenait les propos les plus décousus, les plus incohérents, avec une loquacité surprenante. Il se promenait nu dans sa chambre et voulait descendre nu sur la voie publique ; il se disait empoisonné, il injuriait son père, que cependant il chérissait tendrement ; il le maltraita même et chercha un jour à l'étrangler. »

Dowse (1) parle d'un épileptique par syphilis qui, un jour, après une crise convulsive, sortit de son lit, prit un fer à attiser le feu et se servit de cet objet pour casser les fenêtres et frapper sur toutes les personnes qui se trouvaient là. Ce fait se répéta plusieurs fois, et après l'accès le malade ne se souvenait plus de rien. Le traitement spécifique le guérit. Une dame syphilitique, ayant des accès convulsifs localisés, est sujette, dit Pellizari qui l'a observée, à des excès maniaques très caractérisés; très excitée, elle parle seule, prononce des phrases incohérentes, rit, pleure sans motif, etc.

Parfois, comme chez les épileptiques vulgaires, on retrouve la kleptomanie. L'enfant qui fait le sujet de l'obs. 21 du tableau, après avoir été guéri de ses convulsions, pendant sa convalescence, en fut atteint, nous dit Pellizari : ainsi il dérobait les instruments de la poche du médecin qui le soignait ; il s'emparait de même de la nourriture des autres enfants et, après en avoir mangé une bouchée, il la jetait à terre. Il arriva un jour à s'emparer d'une solution d'acide phénique et en but une certaine quantité.

Neumann (2) cite l'observation d'une femme qu'un traitement énergique guérit de ses crises et qui ne tarda pas à présenter les signes d'une lypémanie avec idées religieuses.

Parfois, comme dans l'observation suivante, l'attaque convulsive provoquée par la syphilis peut réveiller une psychose préexistante et la faire réapparaître en aggravant ses symptômes.

Observation XIII. *(Résumée.)*— X... est atteint de rhumatisme articulaire aigu. Pendant la convalescence de cette affection, apparaissent les premiers symptômes de folie du doute. Plus tard, le

---

(1) Syphilitic Epilepsy (*the Practitioner*, oct. 1878. London).

(2) *Wien. med. woch.*, n° 34, 1882.

malade contracta une syphilis dont l'évolution a suivi une marche absolument indépendante de celle de la maladie mentale.

En octobre 1881, cinq ans après le début de la folie du doute, vertiges dont l'origine est méconnue (à ce moment le malade avait une ostéo-périostite gommeuse, soignée par l'iodure de potassium à 4 grammes par jour depuis plus d'un an). En même temps suppression de tout mouvement d'hésitation, de toute obsession d'idées, en un mot de toute folie du doute. On suspend l'iodure de potassium en mai 1883.

En juin, brusquement attaque d'aphasie, qui se transforme insensiblement en l'état de petit mal épileptique, puis survint tout à coup une attaque épileptiforme qui présenta la plus grande analogie avec le mal comitial ordinaire. Après cette crise, les phénomènes vésaniques de la volonté réapparaissent et atteignent un degré d'intensité peu commune, comme si l'ébranlement déterminé par l'accès épileptiforme avait suffi pour faire réapparaître la maladie avec aggravation des symptômes.

Les crises convulsives se renouvellent, et la dernière (le 12 juillet) revêt absolument le type classique de l'épilepsie syphilitique ; elle a été très nettement localisée dans le côté droit, et l'intelligence n'a pas été abolie complètement, ce qui a rendu très pénible et très douloureux ce long accès.

Le traitement a été poussé avec énergie et il ne survient plus que quelques manifestations cérébrales de peu d'importance et de temps en temps (1).

Exceptionnellement une aliénation mentale syphilitique, se produisant consécutivement aux attaques convulsives, persistera à l'état de folie simple. Nous avons rapporté l'observation de B. Bell (voir Historique). D'après Yvaren, « ce fait est le seul à citer comme exemple de véritable folie développée sous l'influence directe de l'intoxication vérolique après des attaques d'épilepsie ».

---

(1) Cabadé, in l'*Encéphale*, 1884, p. 476.

Parallèlement aux troubles intellectuels que nous venons de passer en revue, il est un troisième ordre de symptômes qui toujours apparaissent à une période plus ou moins avancée de l'épilepsie syphilitique; nous voulons parler des *troubles de la motilité*.

Nous avons déjà insisté, et c'est un fait sur lequel nous reviendrons encore dans un chapitre ultérieur, sur cette prostration profonde, sur cette sensation de lassitude qu'éprouve le malade au sortir de son attaque, phénomènes pouvant passer facilement inaperçus dans les premiers temps de la maladie, mais qui se marquent de plus en plus et qui frappent à mesure qu'on s'éloigne du début des accidents: le malade a l'air égaré, sa figure exprime l'hébétude ; en même temps les troubles parétiques, localisés, vont s'affirmant de plus en plus à chaque nouvelle crise ; ils occupent une moitié de la face ou quelques muscles seulement de l'œil (strabisme, chute de la paupière) ou de la langue, qui s'embarrasse ; le malade scande un mot, fourche une syllabe; il y a du balbutiement, du bégaiement ; d'autres fois, ce sera un membre, le membre supérieur le plus souvent, qui sera atteint. Bientôt ces parésies prennent les caractères de véritables paralysies, paralysies circonscrites d'abord, mais qui ne tarderont pas à envahir tout le corps ou à devenir hémiplégiques.

C'est cette hémiplégie que nous retrouvons dans les observations de Bravais et dans nombre d'autres.

Cette hémiplégie s'établit parfois d'une façon brusque ; d'autres fois, elle s'annonce par une série de monoplégies successives, précédant la mort de très-près (obs. 3 du tableau). Mais le plus généralement c'est d'une façon plus lente qu'elle procède et souvent aussi elle est incomplète ; la paralysie n'est que relative, il y a plutôt une parésie hémiplégique : le membre supérieur, par exemple, ne pourra pas saisir un objet ni le serrer, mais il conservera encore ses mouvements ; la jambe sera faible, le malade traînera la pointe du pied, frappera le sol,

mais la marche restera possible ; la sensibilité pourra persister, quoique diminuée quelquefois.

Mais peu à peu, les lésions encéphaliques se généralisant, ces troubles paralytiques envahissent l'économie tout entière, et le malade réalise cet ensemble morbide que nous constatons chez Ma.... (Obs. III) et Pr.... (Obs. VI) et qui simule la paralysie générale. Chez Pr...., en effet, que s'est-il passé ? Aux phénomènes convulsifs du début des symptômes nouveaux sont venus s'adjoindre, et l'épilepsie partielle, qui a ouvert la scène et qui, primitivement, constituait toute la maladie, s'efface peu à peu, cède la place à un autre groupe morbide : le malade épileptique de par sa syphilis a maintenant toutes les allures du paralytique général.

Ma...., lui, ressemble par certains côtés au paralytique général, et par certains autres à l'épileptique. A quoi donc avons-nous affaire, et sommes-nous en présence de deux maladies : épilepsie compliquée de paralysie générale ?

Remarquons d'abord que les attaques convulsives se sont accompagnées de troubles parétiques, localisés d'abord, généralisés ensuite ; que les attaques convulsives et les troubles paralytiques on été intimement unis. Cette union intime, qui n'existe pas dans les cas d'épilepsie vulgaire, nous force à admettre que les attaques sont symptomatiques d'une lésion cérébrale, laquelle tient sous sa dépendance ces divers troubles. Donc Ma.... n'est pas un épileptique ; les attaques ne sont pas des attaques d'épilepsie vraie. Ce ne sont pas, non plus, les attaques épileptiformes que l'on retrouve dans la paralysie générale, attaques épileptiformes qui ne sont que des épiphénomènes, des accidents revenant de temps en temps et parfois à des intervalles fort éloignés ; elles n'ont pas cette continuité que nous constatons chez notre malade.

Sommes-nous en présence d'une véritable paralysie générale ? L'état actuel de l'intelligence, les troubles moteurs sembleraient

l'indiquer ; et cependant la maladie n'a que l'apparence de la paralysie générale. « Si le terme de paralysie générale est une expression purement symptomatologique, rappelant simplement une paralysie envahissant l'ensemble du système musculaire de la vie de relation, il a comme synonymes, et cela je crois pouvoir le dire, de l'avis de la très grande majorité des auteurs, des expressions anatomiques d'une grande netteté et qui indiquent le caractère fondamental de cette maladie ; il a comme synonymes les termes de périencéphalite *diffuse*, de périméningo-encéphalite *diffuse*, d'encéphalite interstitielle *diffuse*..... La *diffusibilité* est donc le grand caractère du travail organique de la paralysie générale... » (1).

Or, chez nos malades il s'est produit, sous l'influence de la syphilis, un foyer d'altération, localisé d'abord, se traduisant par des troubles parétiques localisés eux aussi. Peu à peu ce foyer s'est étendu, envahissant progressivement les parties restées saines jusque-là ; en un mot, nous voyons « un travail qui se généralise, comme nous pouvons voir une pneumonie d'abord limitée à un lobe du poumon envahir peu à peu le reste de l'organe. » (Mairet).

Ma... n'est donc pas un paralytique général. Parlant de cas un peu analogues à ceux que nous rapportons, M. Mairet, qui a été le premier à mettre en lumière les faits de ce genre, dit (2) : « A côté de la périencéphalite diffuse ayant comme synonyme symptomatologique le terme de *paralysie générale* doit par conséquent prendre place la *périencéphalite généralisée*, ayant comme synonyme symptomatologique le terme de *paralysie généralisée*. Qu'à un certain moment, lorsque dans les deux cas le travail anatomique a envahi la plus grande

---

(1) Mairet, *De la démence mélancolique*, 1883.

(2) *Loc. cit.*, p. 90.

étendue des hémisphères cérébraux, la physionomie clinique de la maladie puisse être la même, cela doit être ; mais jusque-là, tout dans leur évolution sépare ces deux ordres de faits. » Nous considérerons donc Ma... et Pr... comme appartenant à cette catégorie d'individus atteints de paralysie généralisée. Disons en terminant que Pr..., qui fut atteint au début d'épilepsie partielle, est arrivé plutôt à la paralysie généralisée que Ma..., chez lequel l'épilepsie continue à se manifester sous forme de grande attaque.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

a) ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les accidents épileptiques de la syphilis cérébrale peuvent être rapportés à quatre ordres de lésions :

1° Lésions osseuses.
2° Lésions des méninges.
3° Lésions cérébrales.
4° Lésions artérielles.

Lésions osseuses. — Ce seront parfois des exostoses qui produiront les accidents convulsifs par une compression directe ou par l'irritation exercée sur le cerveau. Frickhoffer (1) rapporte l'observation d'un individu qui, ayant été affecté de plusieurs maladies vénériennes, succomba à la suite d'accès épileptiformes et de symptômes de paralysie. A l'autopsie, on trouva sur la selle turcique des excroissances osseuses en forme d'épines et de 2 à 3 lignes d'épaisseur, et dans la faux du cerveau une lamelle osseuse longue de 1 pouce 1/2 et de 1 ligne d'épaisseur.

Un malade de Fournier, affecté depuis une quinzaine de mois d'une volumineuse exostose crânienne droite, correspondant exactement comme siège à la zone motrice fronto-pariétale,

(1) *Correspondenzblatt*, 15 février 1859.

était sujet à de fréquentes attaques d'épilepsie partielle, toujours circonscrites ou prédominantes à gauche. « A plusieurs reprises, dit Fournier, je suis parvenu, par un traitement des plus énergiques, à réduire cette exostose, et alors les phénomènes épileptiques disparaissent ; mais plusieurs fois aussi l'exostose s'est reproduite, et, parallèlement, les accidents d'épilepsie se sont renouvelés. »

Dans deux cas de Mauriac (1), nous trouvons : 1° trois mois après un chancre infectant, céphalées, vertiges, perte de connaissance, convulsions, mort. Exostose interne et externe du pariétal gauche. 2° 3 mois après le chancre, céphalée intense, vertiges, perte de connaissance, difficulté dans la déglutition, puis convulsions et mort. — *Autopsie.* Sur le pariétal gauche, excroissance osseuse spongieuse, soulevant le pariétal et le muscle crotophyte ; à l'intérieur du crâne, même lésion qu'à la table externe, mais tumeur plus grande, plus arrondie. — Dure-mère intacte.

Le professeur Gamberini rapporte (2) un cas d'exostose crânienne qui avait amené des phénomènes convulsifs.

D'autres lésions peuvent aussi se produire sur les os du crâne, lésions qui seraient peu graves par elles-mêmes, si elles restaient limitées au tissu primitivement atteint ; malheureusement elles affectent avec les méninges des rapports trop immédiats pour ne pas retentir sur celles-ci et les enflammer. Pour Hildenbrand (3), l'épilepsie « paraît survenir très-rarement par le fait même de l'action directe du virus syphilitique sur le système nerveux, mais bien plus souvent par le fait d'une action indirecte : elle est presque toujours symptomatique et

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *La sifilide cerebrale (Giorn. di malatt. veneree,* 1878).

(3) Th. Strasbourg 1859.

se développe consécutivement à une carie, à une exostose, à des productions tophacées qui viennent agir sur plusieurs points de la pulpe cérébrale et déterminer une action spéciale.»

Bedel (1) nous apprend que l'ostéite simple peut produire une méningite par propagation de l'élément inflammatoire à travers les vaisseaux perforants. Pour Moscovitz (2), la méningite est souvent la conséquence de l'ostéite suppurative de la table interne des os du crâne.

Bertrand (3) croit qu'aussi bien dans l'ostéite simple que dans l'ostéite productive les méninges peuvent être prises d'un commencement d'inflammation.

Lorsque les lésions siègent du côté de certains os de la face, des os spongieux de préférence, la propagation de l'inflammation aux méninges pourra aussi se produire par les ouvertures naturelles qui mettent l'intérieur de la boîte crânienne en communication avec l'extérieur. « C'est surtout, dit Bedel, par les os maxillaires supérieurs ou l'ethmoïde que la carie peut s'étendre jusqu'au point d'enflammer le cerveau. Ce fait s'explique par la tendance qu'a la carie à s'attaquer aux tissus osseux très spongieux, comme le sont en général les os de la face. » (Viard, obs. VIII et obs. 3 du tableau.)

Lésions des méninges. — Cependant si les altérations osseuses dont nous venons de parler peuvent souvent donner lieu à des lésions graves du côté des membranes du cerveau et peuvent même engendrer l'encéphalite, ces lésions des méninges peuvent aussi être primitives. Comme l'a si bien fait

---

(1) Th. de Strasbourg, 1851.
(2) Th. de Paris, 1874.
(3) Th. de Paris, 1874.

remarquer Fournier, elles peuvent affecter deux formes : la forme scléreuse, qui est la plus habituelle, et la forme gommeuse.

1° La *méningite scléreuse* est habituellement circonscrite à une étendue plus ou moins limitée du cerveau ; les diverses membranes peuvent être atteintes séparément ou simultanément. Dans ce dernier cas, les membranes adhèrent intimement entre elles, constituant une sorte de méninge unique, (symphyse méningée) formant au cerveau une véritable carapace fibreuse, aponévrotique, parfois presque tendineuse. D'autres fois, cette carapace fibreuse adhérera avec la surface du cerveau par l'intermédiaire de la pie-mère intimement soudée aux couches nerveuses corticales (symphyse méningo-cérébrale). Cette carapace prend quelquefois un aspect noirâtre ; d'autres fois, comme dans l'observation 16 du tableau, il s'y forme de véritables dépôts osseux.

2° La *méningite gommeuse* affecte le plus souvent la dure-mère. « Les lésions de la pachyméningite gommeuse circonscrite avec participation des membranes subjacentes paraissent être le substratum anatomique le plus habituel de l'épilepsie partielle syphilitique », a dit Charcot.

Tantôt, dit Fournier, ce sont des infiltrations diffuses, en nappe, ressemblant à une couche de pus concrété à la surface des circonvolutions ou sur les membranes ; tantôt de véritables tumeurs circonscrites, ovoïdes, globuleuses, identiques avec les gommes de n'importe quel autre organe. Les gommes varient en nombre et en volume. Quelquefois la tumeur est unique ; dans ce cas, elle peut atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon ou d'une grosse noix (observations 4 et 14 du tableau) ; d'autres fois elles sont nombreuses et petites, du volume d'un grain de chénevis, d'un noyau de cerise.

Lésions cérébrales. — Les lésions des méninges que nous venons d'étudier ne tardent pas à retentir sur le cerveau (soit par simple propagation de voisinage, soit par les troubles qu'elles déterminent dans la circulation centrale). Les altérations, bornées d'abord à la couche corticale, ne tardent pas à devenir plus profondes. Il se formera dans l'intérieur même de la substance cérébrale des noyaux de sclérose disséminés en divers points, offrant une certaine résistance à la coupe ; le tissu cérébral acquiert parfois une dureté qu'on a pu comparer à celle du foie (obs. 1 du tabl.). D'autres fois, ce seront des gommes, ayant tous les caractères des productions gommeuses viscérales, qui seront disséminées en divers points du parenchyme.

Le ramollissement de la pulpe cérébrale est la conséquence des lésions propres à la syphilis. Ce ramollissement a été observé à divers degrés. Tantôt le cerveau a perdu seulement de sa consistance ; tantôt la substance cérébrale est difluente, jaunâtre ; tantôt c'est un liquide tenant en suspension des fragments de substance cérébrale (Lallemand).

Lésions artérielles. — Les lésions artérielles ont été signalées aussi comme pouvant produire les phénomènes convulsifs. Des faits de ce genre ont été observés surtout par les auteurs anglais (obs. 11 et 12 du tableau). Broadbent prétend que la syphilis peut non seulement provoquer des attaques épileptiques en déterminant des lésions dans les enveloppes du cerveau, mais aussi en altérant les petits vaisseaux extérieurs, qui troublent alors la circulation de la substance grise. Echeverria croit que dans la syphilis, il se forme des anévrysmes cérébraux capables d'expliquer l'épilepsie. Pour Hughlings, Jackson, l'existence de petites tumeurs gommeuses dans l'épaisseur des parois artérielles ne doit pas être mise en doute. Heubner (1874) localise le processus syphilitique des artères dans la partie la plus interne de leur couche moyenne.

Tout ce que nous venons de dire est relatif à l'épilepsie syphilitique *tertiaire*. Mais il en est une autre que Fournier a décrite sous le nom d'épilepsie *secondaire*. Est-elle due à une lésion cérébrale ou à un simple trouble fonctionnel ? Fournier la considère comme une névrose spécifique : « Ce qui le prouve, dit-il, c'est d'abord l'apparition de troubles propres à cette épilepsie, à une époque de la diathèse où les lésions viscérales n'ont pas encore tendance à se produire ; — puis l'isolement de ces troubles épileptiques qui ne se compliquent pas d'autres phénomènes cérébraux ; — le caractère éphémère, transitoire des accidents, leur facile curabilité, leur disparition intégrale, sans reliquats, sans vertiges, etc. » Mais tout cela n'est qu'une hypothèse, Fournier manquant absolument de renseignements microscopiques. Echeverria soutient l'opinion contraire. Dans un travail qui n'analyse pas moins de cent dix-huit cas, cet auteur examine d'abord si l'on doit admettre, avec Fournier, une épilepsie secondaire et une épilepsie tertiaire ; il conclut à la négative. Pour lui, l'édilepsie est due à la prédisposition individuelle et non à l'intensité ou à l'âge de la diathèse. Chez deux malades morts pendant la période secondaire, il a pu trouver des lésions microscopiques.

Parlant des cas où l'autopsie n'a fait constater aucune altération, Mauriac dit : « Il est probable qu'alors les artères seules étaient lésées et qu'une ischémie centrale généralisée ou portant sur des centres vitaux de premier ordre a supprimé peu à peu ou affaibli progressivement des fonctions nerveuses indispensables à la vie. »

Et Celso Pellizari, à propos de l'épilepsie précoce, dit (1) : « Je ne sais pourquoi, mais un sentiment intime me porte à croire que le système lymphatique si peu étudié doit un jour ou l'autre donner la clef de bien des mystères relatifs à la syphilis. »

---

(1) *Loc. cit.*

b) PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Un premier fait qui se dégage des quelques observations que nous avons pu recueillir et analyser, c'est que, toutes les fois que les convulsions affectent la forme partielle, les lésions ne siègent jamais à la face inférieure du cerveau, qu'elles occupent la partie antérieure de la convexité, s'échelonnant de préférence le long du sillon de Rolando. C'est donc là un argument en faveur des localisations cérébrales et surtout en faveur d'une zone motrice. Dans les cas, au contraire, de convulsions généralisées, les lésions sont disséminées, siégeant tantôt à la convexité, tantôt à la base. « Il n'est plus guère douteux aujourd'hui, dit Charcot(1), que ces différences, souvent si prononcées, dans l'expression symptomatique d'une même altération organique, dépendent surtout du mode de localisation de celle-ci à la surface des hémisphères. » Et il rappelle un cas d'Écheverria dans lequel les lésions gommeuses de la pie-mère occupaient le voisinage immédiat du sillon de Rolando, en arrière de lui, non loin de la scissure médiane.

Dans un autre travail, il établit que des altérations de la substance développées ailleurs que dans la zone motrice corticale ne déterminent pas l'épilepsie partielle, tandis qu'elles la produisent d'une façon presque invariable alors qu'elles affectent la région motrice des circonvolutions fronto-pariétales (2).

Les expériences de David Ferrier démontrent que, si l'on excite légèrement par un courant électrique la surface du cerveau au niveau des *centres moteurs corticaux*, on détermine de la sorte, dans le côté du corps opposé à l'hémisphère cérébral

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1880, p. 360.
(2) Charcot et Pitres, *Localisations motrices*, 1883.

soumis à l'expérience, des mouvements physiologiques des membres et de la face.

Si l'on prolonge l'excitation en ces mêmes points, il en résulte, d'abord, des convulsions limitées; puis se produisent des convulsions plus étendues, toniques et cloniques, occupant toujours le côté du corps opposé à l'hémisphère excité. Quelquefois même, mais plus rarement, on aboutit, comme dernier phénomène, à provoquer une crise complète et généralisée (1).

Et ceci nous explique pourquoi on observera des convulsions générales, alors que les lésions domineront ou seront parfaitement limitées dans un point de l'encéphale attestant le lieu même de l'excitation.

« Si, alors que l'excitation première porte sur un seul point moteur, que cette excitation soit due au contact d'un électroïde, d'une tumeur ou à la présence d'un foyer d'encéphalite, les manifestations convulsives s'étendent, cela peut tenir, ou à ce que les modifications physiques et histologiques des éléments cellulaires du centre irrité gagnent les éléments cellulaires contigus, ou à ce que l'activité fonctionnelle d'un centre devient un élément d'excitation pour son voisin, ou enfin, à ce que celle-ci se propage par les voies commissurales qui doivent unir entre eux les divers centres, pour assurer, à l'état normal, la synergie de nos mouvements.

» Encore ces troubles moteurs généralisés, tout certains qu'ils soient, dans quelques cas de tumeur, par exemple, auraient, croyons-nous, moins de fréquence qu'on ne pense, si on tenait compte des faits dans lesquels, à côté d'une lésion circonscrite et intense, ont pu exister d'autres altérations que leur

---

(1) David Ferrier, *Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales*, trad. de Duret, Paris 1874.

petit volume ou leur position moins superficielle n'ont pas fait remarquer (1). »

Mais pourquoi ces convulsions éclatent-elles à tel moment plutôt qu'à tel autre et pourquoi n'existent-elles pas toujours ? La cause agissant sans cesse, l'effet devrait se faire sentir continuellement.

Voici comment H. Jackson (1) explique le fait :

« D'une manière générale, dit-il, quand la syphilis agit directement sur le système nerveux, ce n'est point le tissu nerveux proprement dit qu'elle altère, mais bien les éléments secondaires qui lui sont annexés, tissu conjonctif et vaisseaux ; le tissu nerveux ne souffre que par sympathie, par contre-coup. »

En ce qui concerne les convulsions, leur cause habituelle est une gomme développée à la surface du cerveau. La gomme exerce une action de voisinage sur la substance grise sous-jacente et y produit une lésion de décharge (discharging lesion). La gomme n'entraîne la convulsion que par cette voie détournée. Quant aux paralysies post-épileptoïdes, il admet qu'elles peuvent être produites par une décharge excessive. « Après l'excès d'activité développée depuis la substance corticale jusqu'aux muscles, excès d'activité qui est la conséquence de la convulsion, il y a un épuisement consécutif momentané dans les parties mises en jeu, ou dans quelques-unes d'entre elles, (capsule interne, fibres de la moelle, cornes antérieures, nerfs, muscles), dont la traduction clinique est la paralysie. »

Il explique aussi les troubles intellectuels, les accès d'agitation maniaque qui accompagnent les paroxysmes déterminés par une tumeur cérébrale syphilitique. « Cette manie se produit, dit-il, lorsque la décharge nerveuse commence dans les centres les plus élevés. »

---

(1) Landouzy, *Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales.* Thèse, Paris, 1856.

(2) *Med. Times and Gaz.*, mars 1873.

OBSERVATEURS	SOURCES où ont été puisées LES OBSERVATIONS	SIÈGE DES CONVULSIONS	SIÈGE DE LA PARALYSIE
		(a) **CAS OU LES ATTAQUES**	
1. Lallemand	*Loc. cit.* Lettre 6, obs. 5.		
2. Lallemand	Lettre 7, obs. 3		Côté D.
3. Lallemand	Lettre 7, obs. 4.	Convulsions violentes.	Hémiplégie G. progressive (bras, face, jambe).
4. Rayer	*In* Lancereaux, p. 443.		
5. Roth	*In* th. Davidoglou.		

PRINCIPAUX SYMPTOMES	LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE
ONT ÉTÉ GÉNÉRALISÉES	
Tumeurs gommeuses à la partie supérieure du front ; accès d'épilepsie ; pas de paralysie.	Perforation du crâne ; à la partie supérieure du front, à gauche, les membranes sont adhérentes (semblables à du carton) et la substance corticale est très dure ; elle a la consistance du foie. Le reste de l'hémisphère gauche, au contraire, est plus mou qu'à l'ordinaire, excepté en arrière.
Céphalalgie, cécité, attaques épileptiformes, langue déviée à D., paralysie du côté D. avec sentiment de froid dans ce côté ; plus tard, agitation fréquente du côté G. ; pendant les attaques, le côté G. est raide et éprouve des tremblements, le côté D. est contracté, immobile et insensible. Mort dans le coma.	Crâne fragile, érodé, perforé ; à l'extrémité antérieure de l'hémisphère G. méningite, plusieurs tumeurs adhérentes les unes aux autres ; tout autour la substance cérébrale est molle, diffluente, réduite en bouillie. La partie antérieure de la face interne de l'hémisphère D. est aussi en bouillie.
Ulcérations des fosses nasales ; étourdissements, perte de la vue pendant deux mois ; céphalalgie, convulsions avec perte de connaissance, chaleur brûlante dans les parties paralysées. Mort dans le coma.	Destruction de la cloison des narines et d'une partie de l'ethmoïde ; membrane pituitaire pleine de pus. Vis-à-vis l'union des nerfs optiques, vers la naissance des olfactifs, *duretés obrondes* et une dureté semblable plus avant dans le cerveau.
Douleurs ostéocopes dans la tête et les extrémités, vertiges ; faiblesse dans les membres, surdité à D., violentes convulsions épileptiformes ; coma. Mort.	Du côté D., membranes lardacées, adhérentes entre elles et avec le cerveau, surtout vers la base, dans la fosse du rocher ; à D., tumeur gommeuse du volume d'un œuf de pigeon adhérent fortement à l'os ; le cerveau est ramolli dans tous les points où existent des adhérences ; la partie osseuse sur laquelle reposait la tumeur était dénudée et rugueuse.
Accès épileptiformes ; céphalalgie, tumeur semi-dure du crâne. Mort de pneumonie.	A la surface du crâne, cicatrices et anfractuosités dues à de petites tumeurs ; tumeur circonscrite de la dure-mère au niveau de l'extrémité antérieure du lobe G. du cerveau. Granulations de Pacchioni augmentées de volume et nombreuses.

OBSERVATEURS	SOURCES où ont été puisées LES OBSERVATIONS	SIÈGE DES CONVULSIONS	SIÈGE DE LA PARALYSIE
6. Lancereaux et Lackerbauer	*Atlas d'anat. path.*, p. 397.		Hémiplégie incomplète.
7. Meyer	*In* th. Davidoglou.		Hémiplégie G., incomplète, avec embarras de la parole.
8. Zambaco	*Loc. cit.*	Convulsions généralisées, mais avec prédominance du côté D.	Paralysie des mouvements de l'œil gauche ; hémiplégie D.
9. Zambaco	*Loc. cit.*	Convulsions généralisées (une seule fois, limitées aux yeux, à la face et au bras D.).	Hémiplégie incomplète à D.
10. Gamel	*Loc. cit.*	Convulsions généralisées.	

PRINCIPAUX SYMPTOMES	LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE
Accès épileptiformes, diplopie, céphalalgie, hémiplégie incomplète. Mort dans un accès convulsif.	Ostéo-sclérose du crâne. Tumeur gommeuse de la dure-mère au niveau de l'apophyse basilaire. Gomme de la pie-mère sous la protubérance à G. Méninges épaissies par un néoplasme qui circonscrit l'artère basilaire et la sylvienne dont les parois sont épaissies. Adhérence des membranes à la substance cérébrale.
Accès épileptiformes, céphalalgie, vertiges, délire, coma, soubresauts des membres. Mort.	La surface extérieure de la dure-mère, au milieu du lobe antérieur gauche, est épaissie, rugueuse, injectée ; la table interne adhère au cerveau par l'intermédiaire d'un tissu fibroïde dans lequel se trouvent trois masses fibroïdes qui compriment et désorganisent la substance grise. Dans le corps strié G., kyste apoplectique ; la moitié du corps strié D. est ramollie.
Chute de la paupière supérieure G. ; œil fixe, amaurotique, saillant. Paralysie faciale D., convulsions généralisées avec prédominance à droite. Parésie D., puis hémipl.	Membranes saines. Tumeur gommeuse à la face inférieure de la protubérance annulaire (moitié G. et empiétant sur le côté D.) ; elle comprime les nerfs moteurs gauches de l'œil à leur origine. Deuxième tumeur dans la couche optique gauche.
Abcès du cuir chevelu. Après chaque attaque, paralysies passagères (tantôt le côté G. tantôt le bras D.) ; sur le milieu de la voûte crânienne, plus près de l'extrémité occipit. que de la frontale, solution de continuité couverte d'une croûte ; quand on l'explore on détermine des crises. Mort dans le coma.	A la face interne des os et correspondant à la perte de substance, trois concrétions osseuses saillantes. A ce niveau, tumeurs gommeuses des méninges. Hémisphère D. non altéré, mais dans l'épaisseur des circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius, et au milieu de la longueur de cette dernière, infiltration gommeuse s'étendant aux circonvolutions voisines. Le sinus longitudinal supérieur est oblitéré dans une étendue de 2 centimètres par une tumeur gommeuse.
Convulsions généralisées avec perte de connaissance. Mort d'accès subintrants.	A la base, deux gommes à G. et une à D. occupant les couches superficielles des lobes frontaux ; une autre (comme un œuf de poule) remplace le troisième ventricule.

OBSERVATEURS	SOURCES où ont été puisées LES OBSERVATIONS	SIÈGE DES CONVULSIONS	SIÈGE DE LA PARALYSIE
11. Jackson	*The journ. of. mentat. sc.* 1874.		Hémiplégie D.
12. Russell	*In Revue de Hayem*, 1874.		
13. Darrier	*Bulletin de la Société anatomique*, avril 1886.	Convulsions généralisées.	Hémiplégie G., d'abord incomplète, puis s'accentuant.

PRINCIPAUX SYMPTOMES	LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE
Attaques convulsives avec perte de connaissance. Hémiplégie D., sensibilité diminuée. Plus tard hémiplégie G., perte de la parole, intelligence conservée.	Les vertébrales sont épaissies au point où elles s'unissent pour former la basilaire. Le tronc de l'artère cérébelleuse G. est uni au tronc de la vertébrale et au nerf de la 9e paire par une matière gommeuse. Les cérébrales postérieures, les cérébelleuses supérieures et la 3e paire nerveuse sont aussi unies entre elles par une matière gommeuse. Dans l'arachnoïde, vers l'extrémité interne de la scissure de Sylvius, masse jaunâtre. Oblitération des artères cérébrales épaissies. Léger ramollissement dans la scissure de Sylvius, de la partie inférieure du corps strié à D.,; à G., même état dans la partie inférieure et externe.
Douleur, occipitale d'abord, puis de chaque côté du front. Attaques sans perte de connaissance. Céphalalgie frontale G. Troubles de la parole. Strabisme D.; dans les attaques le côté D. de la figure devient rouge et chaud.	Cerveau généralement adhérent à la dure-mère. Les adhérences sont surtout marquées dans les régions temporale et occipitale à G.; elles s'étendent à la base. Dure-mère épaissie. Dans la scissure de Sylvius G., l'artère cérébrale moyenne a ses parois épaissies et est comprimée par une gomme de la dure-mère; masses gommeuses sur l'insula. Le corps strié est ramolli.
Accès d'épilepsie attribués à une syphilis cérébrale (accidents syphilitiques antérieurs bien caractérisés). Traitement anti-syphilitique énergique. (Service de M. Fournier, à Saint-Louis.) Cessation des accès. Un an après, 2 ou 3 accès épileptiformes par jour. Hémiplégie G. incomplète, puis accès généralisés sans prédominance d'aucun côté. Traitement anti-syphilitique des plus énergigues. L'hémiplégie s'accentue. Contractures, exagération des réflexes. Accès persistants. Mort 8 mois après.	Tumeur au dessous du lobule paracentral D., atteignant et comprimant le corps calleux. A sa partie inférieure, nodule néoplasique gros comme une noisette, et s'étendant jusque dans l'hémisphère G. Coque charnue contenant magma puriforme et envahissant les circonvolutions ascendantes, ayant comprimé et remplacé la substance cérébrale. Foyer hémorragique récent dans le pédoncule G.

OBSERVATEURS	SOURCES où ont été puisées LES OBSERVATIONS	SIÈGE DES CONVULSIONS	SIÈGE DE LA PARALYSIE
			(b) **CAS D'ÉPI**
14. Dreschfeld	*The Lancet* 1877	Bras G., moitié G. de la face.	
15. Tüngel	Davidoglou, *th.* Paris 1878.	Muscles de la langue, de la mâchoire inférieure, de l'œil gauche ; jambe G.	Hémiplégie G.
16. Pellizari	*Della sifilide épileptiforme,* Florence 1879.	Moitié G. de la face; bras G., jambe G.	
17. Levi	*Venezia* 1879.	Tremblements du bras G., plus tard de la moitié D. du corps.	
18. Pellizari	*Loc. cit.*	Moitié D. du corps. Avant la mort généralisation des convulsions.	Parésie des membres du côté D.
19. Lallemand	*Loc. cit.*, lettre 3, obs. 17, p. 391.	Convulsions du côté D. de la face et du bras D.	Paralysie du côté G.

PRINCIPAUX SYMPTOMES	LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE
LEPSIE PARTIELLE	
Pas de perte de connaissance ; aura : attaque d'épilepsie partielle limitée à la face et au bras gauche.	Adhérences des membranes à la substance grise en un point correspondant à une portion des circonvolutions pariétale ascendante et supra marginale du côté D. ; en ce point, ramollissement superficiel.
Epilepsie partielle, tantôt avec perte, tantôt sans perte de connaissance. Céphalalgie au niveau du pariétal droit.	Sur la dure-mère (au-dessous du pariétal droit) excroissances indurées et jaunâtres comprimant le cerveau. La substance médullaire du voisinage est dure et envoie des prolongements calleux jusqu'au centre ovale; elle contient une petite tumeur. Ramollissement des parties voisines, surtout des deux côtés de la fosse de Sylvius.
Yeux tournés vers la gauche, commissure labiale G. tirée en dehors; bras G. étendu, serrant les doigts, le pouce en dedans ; plus tard jambe G. entre en convulsions. Mort en état de mal.	Exostoses à la face interne du frontal ; dure-mère adhérente au lobe frontal droit sur étendue d'une pièce de 5 francs. Ecorce détruite et remplacée par du tissu connectif. A gauche, entre la 2e et la 3e frontale, deux petits ostéomes et sur le milieu de la 2e un petit nodule miliaire.
Céphalée frontale gauche ; convulsions toniques, fugaces de la moitié D. du corps.	Gomme dans la 2e circonvolution frontale de l'hémisphère cérébral gauche. Tout autour, ramollissement considérable.
Céphalalgie tantôt au front, tantôt au niveau de l'occiput droit ; vertiges, convulsions limitées au côté D. sans perte de connaissance. Plus tard généralisation des convulsions. Mort en état de mal.	A gauche, au niveau du sillon de Rolando, surtout vers la 1re et la 2e frontale, adhérences de la pie-mère aux tissus sous-jacents. La substance nerveuse du lobe frontal gauche est ramollie.
Vomissements, perte de connaissance, convulsions dans le côté D. de la face et le bras D. — Pesanteurs de tête, étourdissements.	Abcès à la partie antérieure de l'hémisphère droit ; carie correspondante de l'ethmoïde et du coronal ; désorganisation de la dure-mère.

OBSERVATEURS	SOURCES où ont été puisées LES OBSERVATIONS	SIÈGE DES CONVULSIONS	SIÈGE DE LA PARALYSIE
			(b) **CAS D'ÉPI**
20. Jackson	*Med. Times and Gaz.* 10 mai 1873 et *in Revue de Hayem* 1873.	Côté G. du corps, début par la main G.	Paralysie temporaire du côté gauche.
21. Pellizari	*Loc. cit.*	Côté G. du corps.	
22. Gamel	*Loc. cit.*, Obs. XI.	Côté G. de la face.	Hémiplégie G. passagère.
23. Maygrier	*Soc. anat.* 1877.	Côté D.	Hémiplégie D.

PRINCIPAUX SYMPTOMES	LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE
LEPSIE PARTIELLE	
Douleurs très aiguës dans le côté D. et dans la tête à la région frontale, convulsions épileptiformes et légère paralysie consécutive du côté G., névrite optique double sans altération de la vue, alternatives de rechute et d'amélioration. Mort subite.	Adhérence de la dure-mère, à droite, dans la moitié inférieure du lobe frontal; à gauche, au niveau de la scissure de Sylvius. Autour de ces adhérences le tissu cérébral était ramolli. Dans l'hémisphère D. plusieurs tumeurs adhérentes à la dure-mère, à la pie-mère et au cerveau. L'une de ces tumeurs, du volume d'une noisette, était située dans la circonvolution frontale supérieure D., au sommet du cerveau.
Enfant de 8 ans. Convulsions. Mort de typhus abdominal.	Au niveau du lobe paracentral D., pie-mère épaissie et opaque avec légère atrophie de la substance cérébrale. Développement anormal des corpuscules de Pacchioni.
Accès épileptiformes. Aura partant de la main G. : céphalalgie du côté G. Mort de convulsions (côté G. de la face).	A la partie moyenne de la face supérieure convexe du lobe D., à 2 centimètres et demi, de la ligne médiane et à 1 centimètre de la superficie, qu'elle n'atteint pas, gomme. Les portions cérébrales voisines sont indurées.
Hémiplégie et épilepsie partielle à D.	Gomme de la substance corticale G., occupant dans la profondeur le faisceau pariétal moyen.

DIAGNOSTIC

Maintenant que nous connaissons cette épilepsie syphilitique, que nous l'avons vu évoluer, cherchons à déterminer les caractères à l'aide desquels on peut arriver à la différencier de l'épilepsie essentielle, de l'épilepsie vulgaire.

La première chose qui doit d'abord nous préoccuper en présence d'un malade sujet à des crises convulsives, c'est de savoir si on a affaire à l'épilepsie névrose, ou bien si cette épilepsie est symptomatique. Ceci une fois établi, il importera de rattacher cette épilepsie à sa véritable cause ; car il n'y a pas que la syphilis qui puisse, à un moment donné de la vie, donner lieu à des attaques convulsives ; d'autres causes générales peuvent aussi les produire.

Nous disons : à un moment donné de la vie, car l'époque où apparaît la maladie convulsive a une grande importance. Il est d'observation vulgaire, tout le monde s'accorde à reconnaître que l'épilepsie idiopathique, maladie de l'enfance et de l'adolescence, ne se produit jamais, d'emblée, dans l'âge adulte, à partir de 24 à 25 ans. Toutes les fois donc qu'un individu sera arrivé à cet âge sans avoir jamais présenté de phénomènes convulsifs, si ceux-ci viennent à se produire, l'attention du praticien devra être mise en éveil ; il devra exclure l'hypothèse d'une épilepsie vulgaire.

Cependant, il faut le reconnaître, cela seul ne suffit pas. Lorsqu'au début de la maladie, l'épilepsie se produit sous forme de grande attaque, autant il est important de poser le

diagnostic (car si on arrive assez tôt, on peut sauver le malade), autant il est difficile de le faire, tant l'épilepsie vulgaire ressemble à ce moment à l'épilepsie symptomatique. Aussi est-il nécessaire d'étudier attentivement l'attaque, de se renseigner sur tous les phénomènes qui la suivent.

Quelle que soit l'analogie, l'épilepsie de nature organique se distinguera toujours par quelques caractères d'ordre paralytique, caractères fugaces qui peuvent échapper, si on n'y prête la plus grande attention, mais caractères dont on comprend toute l'importance, puisque la guérison en dépend. Le malade, lui, ne se souvient de rien, ne remarque rien d'anormal ; dans l'entourage, on dira qu'il a pu, après son attaque, reprendre ses occupations ; mais il est fatigué, il est brisé, il sent parfois une plus grande faiblesse dans un côté du corps, ou dans un membre.

Au début de la maladie, ces troubles moteurs sont passagers, échappent facilement au praticien, qui assiste rarement à l'attaque. Ainsi nous avons vu, à plusieurs reprises, entrer à l'Asile des malades sujets à des attaques convulsives qui avaient été rattachées par des médecins, cependant compétents, à la névrose. P... (Alexis), âgé de 68 ans, marin, entre à l'Asile en mars 1882, avec le diagnostic de démence épileptique. Or, des troubles parétiques manifestes se produisent consécutivement aux attaques : à la fin de chaque crise, le malade est très affaissé, brisé, ne peut se tenir debout ; la commissure labiale droite est abaissée ; la langue est déviée à droite ; il y a une très légère dilatation pupillaire du côté droit ; le malade ne peut se tenir sur sa jambe gauche. Malheureusement, nous ne sommes pas fixés sur ses antécédents ; il a eu un chancre à l'âge de 23 ans ; mais il n'a jamais subi le moindre traitement spécifique, n'a pas eu d'accidents secondaires. Rien ne nous permet donc de rattacher les accès convulsifs à la syphilis ; mais, que ces accès soient dus à la vérole ou à une tout autre cause, il n'en est pas

moins vrai que P... est un épileptique par lésion organique, l'épilepsie essentielle n'aimant pas la paralysie (Mairet) (1). Il y a, en outre, chez P... des troubles moteurs du côté de la langue. Chez l'épileptique vulgaire, on constate aussi, il est vrai, des troubles dans l'articulation des mots ; mais ces troubles sont d'ordre physiologique : l'épileptique bégaye, zézaie, à la manière de certains enfants. Tandis que chez P..., de même que chez les deux malades dont nous avons rapporté les observations, il y a, comme chez le paralytique général, de l'ânonnement; le malade traîne sur les mots en répétant la même syllabe, il bredouille.

Ces troubles parétiques, qu'il est donc nécessaire de rechercher avec soin dès le début de la maladie, vont se précisant de plus en plus à mesure que les attaques se succèdent. De plus, les convulsions ne sont pas toujours généralisées, comme dans le mal comitial vulgaire; elles affectent souvent cette variété que nous avons étudiée sous le nom d'épilepsie partielle et consciente, et qui s'accompagne, elle aussi, des mêmes troubles parétiques. « La paralysie passagère ou durable est observée à chaque pas dans l'histoire des convulsions partielles; elle les suit comme l'ombre suit le corps et paraît d'autant plus certaine, intense, durable, que les spasmes eux-mêmes ont été plus fixes (2)..... »

En même temps que ces phénomènes paralytiques, il se produit, du côté de l'intelligence, toute une série de troubles qui font à peu près défaut dans l'épilepsie vraie, et que le médecin devra prendre en sérieuse considération.

Or, il est plusieurs affections qui peuvent se caractériser par des convulsions générales ou partielles, des vertiges, des absences. Les antécédents du malade, son habitus extérieur,

---

(1) Leçons cliniques.

(2) Landouzy, th. Paris (1876).

l'examen de ses urines même, permettront d'écarter un certain nombre d'épilepsies reconnaissant des causes diverses, telles que certaines intoxications (saturnisme, hydrargyrisme, alcoolisme), l'urémie, l'éclampsie, l'hystérie, la tuberculose, etc. Voyons donc sur quels signes nous devons nous baser pour rattacher les accidents convulsifs à leur véritable cause, c'est-à-dire à la syphilis. Et d'abord il en est certains qui, nous nous hâtons de le dire, n'ont pas une grande valeur.

C'est d'abord l'absence du cri initial. Fournier n'a observé le cri qu'une fois, et encore, dans ce cas, il ne s'était produit, disait-on, que dans une seule crise; il avait fait défaut dans toutes les autres, qui avaient été très nombreuses. Echeverria ne l'a aussi constaté qu'une fois chez 118 malades qu'il a observés.

Un malade de Zambaco (1), « aussitôt qu'il perd connaissance, se met à crier sourdement et d'une manière continue, comme quelqu'un qu'on chercherait à étrangler. Ce cri, comparé parfois aux gémissements plaintifs d'un animal, ne dure que de trois à quatre minutes ; en même temps tout le corps est le siège d'un tremblement général ou bien de mouvements parfois assez violents pour précipiter le malade en bas du lit...»

Un autre fait qui ne mérite pas, non plus, toute l'importance qu'on lui attachait autrefois, c'est l'invasion des paroxysmes pendant la nuit. Selon Joseph Frank, qui rapporte trois observations où ceci est soigneusement indiqué, les épilepsies nocturnes sont, entre toutes, suspectes d'être syphilitiques : or, nous savons que si l'épilepsie présente des accès nocturnes elle a ceci de commun avec le mal caduc vulgaire, qui pourra pendant longtemps ne manifester son existence que pendant la nuit, risquant ainsi de passer pendant un certain temps inaperçu.

---

(1) *Loc. cit. observ.* LXXXVI.

D'autre part, le diagnostic sera singulièrement facilité par la présence simultanée d'accidents syphilitiques et de crises convulsives ; mais il n'en est pas ainsi généralement et on devra fouiller dans les antécédents du malade, et fouiller soigneusement; car on trouvera la plupart du temps des accidents syphilitiques qui ont apparu à une époque quelconque de la vie du sujet, en même temps qu'on y constatera l'absence des causes qui engendrent habituellement le mal caduc.

Nous avons vu se produire, dans l'intervalle des crises, une série de troubles qui n'apparaissent pas dans l'épilepsie essentielle et d'où nous allons tirer des caractères d'une grande valeur diagnostique.

C'est d'abord cette céphalée continuelle, plus ou moins violente, dont la persistance et les exacerbations font le désespoir du malade, céphalée siégeant d'une façon à peu près constante au niveau de la région fronto-pariétale, et qui, par ses caractères spéciaux, peut déjà permettre d'affirmer la nature de l'épilepsie. Ce sont ces accidents comateux que nous voyons se produire et persister plus ou moins longtemps après l'attaque, accidents comateux qui peuvent alterner avec les attaques convulsives et qui, quelquefois aussi, peuvent constituer, à eux seuls, toute la scène. Dans ce dernier cas, le coma présente quelques particularités qui doivent tenir en éveil ; il importera de le bien distinguer de l'apoplexie, puisqu'un traitement opportun peut sauver le malade : les individus, jeunes pour la plupart, frappés souvent en pleine santé, tombent dans un coma complet : les membres sont en résolution, mais non paralysés ; la sensibilité est obtuse : les réflexes persistent. L'intelligence n'est pas abolie, mais seulement engourdie : le malade entend, mais ne peut répondre ou répond faiblement par signe quand on le presse. (Jullien) (1).

---

(1) Jullien, *Traité des maladies vénériennes,* 1886.

A côté des troubles moteurs que nous voyons accompagner les attaques convulsives, lesquelles affectent le plus souvent la forme partielle, troubles moteurs qui, comme nous l'avons vu, simple parésie au début, s'accentuent pour devenir de véritables paralysies, nous signalerons un accident qui vient fréquemment, dans l'épilepsie syphilitique, compliquer la scène : c'est la névrite optique, qu'on ne trouve pas dans l'épilepsie essentielle, et dont H. Jackson (1) rapporte un bel exemple en insistant sur ce fait que la névrite optique peut coexister avec une conservation complète de la vue.

Selon Barbier (2), il y a encore deux symptômes que l'on rencontre dans l'épilepsie syphilitique et qui n'existent pas dans l'épilepsie névrose : c'est, d'une part, l'abolition des réflexes tendineux ; d'autre part, des troubles de la sensibilité consistant en plaques d'anesthésie disséminées à la surface du corps, particulièrement au dos des mains et la face externe des avant-bras et des jambes. Cette exagération du réflexe tendineux, nous l'avons constatée chez nos deux malades Ma... et Pr... (Obs. III et VI).

Donc, si, dans l'épilepsie vulgaire, l'individu atteint d'épilepsie peut, dans l'intervalle des crises, jouir de tous les attributs de la santé, s'il peut rester sain d'esprit, et si même, comme on l'a dit, la névrose n'est pas incompatible avec le génie, puisqu'on cite des grands hommes qui ont pu rester impunément épileptiques pendant toute leur vie, le syphilitique qui est devenu épileptique de par sa syphilis, loin de rester épileptique, ne tardera pas à devenir un cérébral, suivant l'expression de Fournier. C'est cette déchéance physique et intellectuelle, se produisant plus ou moins rapidement selon les cas et suivant

---

(1) In *Revue des sciences médicales*, 1873.

(2) Thèse. Paris, 1885.

les sujets, qui va nous permettre d'affirmer la nature de l'épilepsie. Et si Fournier, observant dans un milieu spécial, a un peu exagéré en disant que, « il y a huit à neuf chances sur dix pour qu'on puisse attribuer avec raison à la vérole une épilepsie se produisant dans l'âge adulte », il n'en est pas moins vrai que la syphilis devra être incriminée dans la plupart des cas.

Et en effet l'âge du malade, la connaissance du moment d'apparition de la maladie qui nous a permis déjà d'affirmer que nous étions en présence d'une épilepsie symptomatique, seront d'un grand secours pour le diagnostic.

D'après Fournier, l'épilepsie syphilitique ne se manifeste guère au-dessous de 25 à 30 ans ; plus souvent même elle ne se produit que dans un âge plus mûr, entre 30, 35, 40 et 45 ans. Et ce fait d'une épilepsie syphilitique se produisant à un âge mûr avait déjà frappé les anciens. Vidus Vidius (1) cite le cas d'un soldat syphilitique qui a une carie du crâne ; consécutivement, se produit une épilepsie qui, malgré la fréquence et la violence de ses accès, fut guérie promptement par l'application locale du fer rouge et par d'autres agents plus directement adressés à la carie vénérienne. Or, Vidus Vidius avait été frappé de ce fait : c'était seulement à l'âge de 40 ans que ce soldat, qui jamais auparavant n'avait rien éprouvé de semblable, avait été atteint d'épilepsie : *quam tamen (licet jam annum quadragesimum suæ vitæ ageret) nunquam antea expertus fuerat.*

Ce n'est pas à dire cependant que des attaques convulsives ne puissent se produire dans le jeune âge, sous l'influence d'une syphilis acquise. Les faits de cette catégorie sont rares, il est vrai ; mais ils existent. Nous n'en voulons pour preuve que

---

(1) *De Curat. memb. ;* lib. II, chap. XVIII. Venise, 1611.

l'observation suivante, empruntée à Maisonneuve (1), et qui est peut-être unique dans la science.

Observation XIV.—Marie C..., âgée de 17 ans, assez bonne constitution. Père sain, mère morte en l'allaitant par le saisissement que lui causa la prise de la Bastille.

Confiée aux soins d'une parente, elle parvint à l'âge de 7 ans sans maladie. A cet âge elle fut livrée par cette femme à des hommes qui abusèrent d'elle et l'infectèrent du virus vénérien. Un écoulement se manifesta aux parties sexuelles et Marie C... fut envoyée à l'Hôtel-Dieu. Elle n'a pas fait connaître suffisamment ce qui lui arriva depuis son entrée dans cet hôpital jusqu'à l'âge de 12 ans ; seulement j'ai appris de ce qu'elle a pu me dire, qu'elle fut traitée à différentes fois, avec des antivénériens ; que, l'écoulement cessé, elle eut des ulcérations à la gorge, qu'on négligea ou qu'on traita mal ; ce qu'il y a de sûr, c'est qu'à 12 ans, elle commença à sentir des douleurs à la cuisse gauche, sans aucune altération, ni de la couleur, ni de la grosseur de cette partie. Ces douleurs augmentaient la nuit.

A 15 ans et demi, la douleur de la jambe cessa tout à coup, pour faire place à une colique violente qui dura huit jours et se termina par un accès épileptique très fort. Dès lors, accès épileptiques tous les jours et plusieurs fois par jour, les douleurs de jambe subsistant, mais bien moins intenses ; il s'y joignit des douleurs du bras. La maladie fut rebelle à tous les moyens, et la malade entra à la Salpétrière, où elle est depuis un an.

Les accès épileptiques y sont venus moins fréquemment, mais les douleurs du bras et de la jambe et ses coliques ont augmenté d'intensité ; elles ont même assez constamment alterné avec les accès, qui sont des plus forts que j'aie vus.

Pendant leur durée, qui est de demi-heure ou trois quarts d'heure, tout le corps est dans un état tétanique, renversé en arrière, la tête touchant aux pieds. La face ne change point de couleur. Il y a peu d'écume à la bouche. Les yeux, d'abord fermés, s'ouvrent et demeurent fixes et hagards ; les bras sont contournés en pronation, les poings serrés, les pouces fortement contractés. De minute en minute,

---

(1) Th. Paris, 1803, page 126.

le corps se soulève violemment, au point d'être retenu avec peine sur le lit par quatre personnes. Bientôt les muscles se relâchent, et la malade, recouvrant la connaissance, se plaint de souffrir dans la région du diaphragme ; elle se sent très fatiguée, ce qui l'oblige à rester, pour l'ordinaire, quelques heures au lit.

Malgré ces accès, qui reviennent souvent, malgré les douleurs qu'elle ressent, en outre habituellement, elle paraît être de la meilleure santé et acquiert de jour en jour de l'embonpoint.

Donc, sans parler de l'épilepsie syphilitique congénitale dont il sera question plus loin, nous voyons la maladie convulsive se produire à un âge peu avancé, sous l'influence de la vérole qui, elle, peut se contracter à tout âge. L'autre extrémité de la vie n'est pas à l'abri, elle aussi, de l'affection. « Comment, a dit plaisamment Ricord, penser à la vérole, maladie de l'âge des amours, quand les rides et les cheveux blancs sont venus ? » Les deux observations suivantes prouvent que si la limite de 50 ans que les auteurs assignent habituellement à la maladie convulsive est rarement atteinte, elle peut cependant quelquefois être dépassée et qu'il est bon, dans ce cas, de ne pas oublier la vérole, qui, quoi qu'en dise Ricord, « ne prend pas toujours en vieillissant un air honnête. »

Observation XV. — Il s'agit d'un homme, âgé de 52 ans, qui, depuis quelque temps, avait des accès d'épilepsie. En même temps, l'intelligence était devenue paresseuse, la mémoire avait diminué et une céphalalgie persistante tourmentait le malade. Interrogé pour savoir s'il n'avait jamais eu d'affection syphilitique, le malade répondit que, trois mois auparavant, il avait eu un ulcère à la verge. En effet, on trouve à la place qu'avait occupé cet ulcère, une cicatrice encore dure ; mais il n'y avait pas trace d'adénopathie inguinale. Diday conclut à une syphilis, et il se demande alors si l'épilepsie n'était pas un effet de la diathèse.

On mit le malade à l'iodure de potassium, et sous l'influence de cette médication il recouvra toute son intelligence ; la mémoire reprit

toute sa vivacité, et après deux mois de traitement, les accès d'épilepsie ne reparurent plus (1).

Observation XVI. — En juillet 1867, N..., âgé de 52 ans, contracta deux chancres infectants ; il fut traité pendant trois semaines au Midi et sortit guéri de ses chancres.

En octobre 1867 (au troisième mois de la syphilis), il fut pris en travaillant d'une attaque et tomba sans connaissance. Transporté à Beaujon, il eut une attaque convulsive occupant principalement le côté droit. La parésie du côté droit était stationnaire, quand, 17 mois après sa première attaque, le malade en eut une deuxième avec perte de connaissance. On le transporta à l'Hôtel-Dieu, où on constata, outre une hémiplégie droite incomplète, une éruption papuleuse qui se renouvela depuis par poussées successives et presque sans interruption.

La paralysie augmente rapidement, la mémoire se perd, et, les facultés mentales étant gravement atteintes, on l'envoie à Bicêtre en février 1869 (19e mois de la syphilis).

Au bout d'un certain temps, les facultés mentales étant revenues, le malade quitte Bicêtre. Il n'y a pas eu d'autres attaques depuis la deuxième ; mais il a plusieurs éruptions syphilitiques qui le ramènent à l'hôpital.

Le membre supérieur droit est à moitié paralysé et l'avant-bras constamment ramené dans la position demi-fléchie par une sorte de contracture du biceps, qui atteignait aussi les fléchisseurs et les extenseurs. Le membre inférieur droit était privé d'une partie de sa motilité. L'état des parties paralysées resta stationnaire. Les syphilides récidivèrent constamment malgré le traitement le plus rationnel, et en mai 1875, c'est-à-dire la huitième année de sa syphilis, le malade mourut, profondément cachectique.

A l'autopsie on ne trouva rien, ni dans le cerveau, ni dans les parois crâniennes ; seul le foie était manifestement sclérosé (2).

---

(1) Diday, *Gaz. méd. de Lyon, in* Dulac, Th. Paris (1878).

(2) Mauriac, *Ann. de dermatologie,* 1870 ; *affections syphilitiques des centres nerveux.* (*In* Dulac.

Enfin, un dernier élément du diagnostic devra être puisé dans les résultats du traitement spécifique, traitement qui, dans l'épilepsie essentielle, ne donnera aucun résultat ; qui dans l'épilepsie symptomatique d'une toute autre cause, non seulement n'aura aucune action sur les attaques, mais pourra même, dans certains cas, les augmenter (comme nous en avons vu un exemple à l'Asile) ; qui, dans la majorité des cas, donnera les plus heureux résultats, lorsqu'on sera en présence d'un épileptique par syphilis.

Disons en passant qu'on ne devra pas se laisser arrêter par l'idée que le malade a été traité une première fois ; car le traitement aura pu être ou mal dirigé ou surtout mal suivi par celui-ci.

ÉTIOLOGIE

Pour que la maladie que nous étudions se développe, il faut, par définition, que le malade soit syphilitique. Mais pourquoi la syphilis se localise-t-elle du côté du cerveau plutôt que du côté d'un autre organe? Quelquefois, il est vrai, comme dans notre observation VI, rien ne peut rendre compte de cette détermination; mais les cas de ce genre sont rares, et, la plupart du temps, on pourra retrouver chez les individus atteints une *prédisposition héréditaire*, prédisposition héréditaire qui peut être double (1) : (*a*) hérédité purement psychique, *sine materiâ;* (*b*) hérédité cérébrale ou *organique*. Nous retrouvons cette dernière chez le malade de notre obs. III dont le père mourut apoplectique et dont une grand'mère arriva très rapidement à la démence sénile.

L'hérédité cérébrale est-elle plus puissante, expose-t-elle plus que l'hérédité psychique le cerveau à recevoir l'impression du virus? Nous l'ignorons ; mais dans beaucoup de cas de syphilis cérébrale rapportés par M. Mairet dans ses leçons, l'existence de l'une ou de l'autre de ces deux hérédités venait expliquer nettement la localisation de la maladie syphilitique.

A côté de cette hérédité névropathique, il faut, à l'exemple de M. le professeur Grasset, placer l'hérédité diathésique; les deux conceptions sont loin d'être incompatibles : l'hérédité diathésique fournit le fond : c'est l'hérédité névropathique qui détermine la forme.

---

(1) Mairet. *Leçons cliniques sur la syphilis cérébrale.*

Les *excès* de tous genres, les excès alcooliques surtout, les préoccupations morales, une frayeur violente, peuvent être de puissantes causes prédisposantes. Une malade morte à l'Asile, syphilitique, abandonnée par son amant, éprouva un chagrin tel qu'elle devint aliénée; une autre, syphilitique aussi, soignée par M. Mairet, tomba dans l'eau pendant qu'elle lavait du linge sur les bords du Lez : peu de temps après elle réalisa une paralysie générale. J. Frank cite le fait « d'une servante de 20 ans, épileptique, qui avait une carie de l'os pariétal droit et qu'un traitement antisyphilitique rendit à la santé. » Cette femme avait fait une chute dans un fleuve; cet accident et l'ébranlement que la frayeur avait imprimé à l'encéphale pouvaient paraître une cause suffisante du développement de l'épilepsie (Yvaren).

Le *traumatisme* crânien peut aussi être une cause d'appel. Un officier est blessé à la tête à Inkermann, en 1854; depuis lors, plaie fistuleuse au front près du sourcil gauche. En 1865, syphilis; la plaie fistuleuse devient le siège d'accidents syphilitiques tenaces; on dut enlever des séquestres, mettre la dure-mère à nu, etc... Accidents cérébraux très graves à plusieurs reprises, en rapport avec le siège de la lésion, dissipés plusieurs fois par un traitement énergique; à la fin, hémiplégie, coma, crises épileptiformes, mort. » (Le Dentu. *France médicale,* 1884.)

Nous avons vu que l'épilepsie syphilitique se développe de préférence dans l'âge adulte, par cette raison bien simple que la syphilis, se contractant habituellement par voie sexuelle, est l'apanage du jeune homme et de l'homme fait. Gros et Lancereau, dans 13 cas, l'ont observée 10 fois à trente ans et 3 fois de quinze à seize ans. L'un de ces derniers malades était syphilitique depuis l'âge de 7 ans, et les deux autres depuis 14 ans.

Sur 43 cas réunis par Jacksh, l'épilepsie a été observée

dans 31 cas entre trente et quarante ans, dans 11 entre quarante et cinquante et dans 1 cas à vingt ans.

Mais l'épilepsie peut être une manifestation de la *syphilis héréditaire*, soit précoce, soit tardive, et se rencontrer dans le jeune âge. La forme convulsive, par suite de syphilis chez les enfants, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, a dit Pellizari. En 1840, Beaumès écrivait : « C'est dans le système nerveux de la vie animale que l'effet pernicieux du vice syphilitique, héréditairement transmis, se fait principalement sentir. Les enfants, alors, sans offrir aucun symptôme extérieur de syphilis constitutionnelle, meurent tous de convulsions dans l'âge le plus tendre, ou présentent et conservent longtemps des désordres considérables dans l'innervation due à l'influence de l'axe cérébro-spinal. »

Cela arrive surtout quand les parents syphilitiques sont irritables, vifs, nerveux ou sanguins nerveux (1). Et Beaumès fait suivre ses réflexions de l'observation suivante :

Observation XVII. — X..., cordonnier, tempérament sanguin nerveux, eut, à la suite d'un chancre induré, des engorgements ganglionnaires aux aines et à la région cervicale. Six mois après, pustules humides à l'anus, ulcérations aux commissures labiales et dans la gorge, croûtes dans les cheveux, etc... Il se maria avec une fille de campagne bien portante, avec laquelle il eut, dans l'espace de six ans, cinq enfants qui, sans présenter aucun symptôme extérieur de syphilis héréditaire, moururent tous de convulsions dans le bas âge (de 2 à 7 mois).

Madame X... devint grosse une sixième fois. Comme dans le cours de ses grossesses précédentes, elle n'éprouva aucun accident jusqu'au terme. Elle donna le jour à un petit garçon qui se porta bien pendant tout le premier mois et qui, à partir de ce moment, eut de nombreuses pustules sur le corps. Un traitement mercuriel lui fut administré. Malgré ce moyen, cet enfant succomba dans le marasme.

---

(1) Beaumès, *loc. cit.*, pag. 173 et suiv.

On soumit alors le père à un traitement antisyphilitique. Peu de temps après naquit un autre enfant, qui n'a offert dans les premiers mois qui suivirent sa naissance ni syphilides, ni convulsions. Mais il ne tarda pas à être sujet pendant la première année à des crises épileptiformes, qu'il présentait encore à l'âge de 3 ans.

On voit donc combien il est important de bien rechercher les causes des convulsions qui se produisent dans le bas-âge, de s'enquérir des antécédents du malade, de faire cette enquête sur la famille dont parle Fournier.

« On m'amena, dit Jackson, un enfant épileptique. Je l'examinai et ne trouvai rien autre chose à diagnostiquer sur lui que l'épilepsie essentielle ; puis, à quelque temps de là, j'eus l'occasion de voir la sœur cadette de mon petit malade et je découvris sur elle des dents syphilitiques, des cicatrices péri-buccales, des cornées nuageuses, etc. De tels symptômes, attestant une hérédité syphilitique bien manifeste sur cette dernière enfant, me conduisirent très légitimement à rattacher l'épilepsie de son frère à une cause du même ordre. »

Observation XVIII. — Enfant d'un mois, garçon ; convulsions épileptiformes partielles ; durée des accès convulsifs, trois à quatre minutes ; antécédents : mère syphilitique en traitement : iodure de potassium et liqueur de Van Swiéten ; enfant traité par l'iodure de potassium. — Cessation des accidents (1).

Observation XIX. — Garçon de 9 ans, entre à l'hôpital en avril 1873. Pendant six mois, dit la mère, il a eu des accès convulsifs comme un enfant qui fait des dents. Dans ces attaques, la tête était tournée à gauche et les oreilles fortement colorées ; perte de connaissance complète, morsure de la langue, écume à la bouche, émission de l'urine et convulsions qui durent cinq ou six minutes et

(1) Le Pileur, *Gaz. des hôpitaux*, 1872, p. 2.

qui agitent principalement le côté gauche, depuis la tête jusqu'aux pieds. L'enfant dort environ une heure après l'attaque ; il n'a plus de mémoire ; généralement, il a quatre ou cinq accès par jour. L'intelligence paraît assez nette et, sauf la teinte anémique, aucun signe morbide n'apparaît au dehors. On prescrit le bromure de potassium.

5 mai. — Rien de changé dans l'état du malade ; toujours autant d'attaques ; l'état général semble meilleur.

6 juin. — Accès très violents ; éruption bromique.

26 juillet. — Les attaques sont les mêmes ; éruptions moins abondantes. On prescrit extrait de belladone.

6 octobre. — La médication n'agit pas ; au contraire, les symptômes vont s'aggravant. On examine la mère et on lui trouve, entre le troisième et le quatrième orteil du pied gauche, une ulcération évidemment syphilitique. Le père, aussi examiné, présente des ulcérations syphilitiques.

On donne à l'enfant de l'iodure de potassium.

27 octobre. — Accès moins violents.

7 novembre. — Pas d'attaque depuis le 28.

2 mars 1874. — Même état, plus d'accès.

(Observation du Dr Althaus, publiée dans le *Med. Times and Gaz.*, 11 avril 1874, et reproduite dans *Rev. des sciences méd.*, 1874.)

M. le professeur Dieulafoy, dans sa leçon d'ouverture à la Faculté (1), rapporte l'observation d'un jeune garçon de 14 ans qui était atteint depuis longtemps d'attaques nocturnes d'épilepsie syphilitique résultant d'une syphilis cérébrale héréditaire tardive, et que le traitement spécifique rendit à la santé.

Quant à l'influence du *sexe*, les observations paraissent montrer que la maladie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; le premier est d'ailleurs plus exposé à contracter la vérole.

On a prétendu que certaines syphilis prédisposaient plus que

(1) *Manuel de pathologie interne*, édition 1888.

d'autres aux accidents convulsifs. Ce serait même les syphilis bénignes au début qui seraient le plus à craindre. « Des cas que j'ai vus, j'ai déduit cette opinion que les sujets qui sont le plus exposés aux accidents du système nerveux sont ceux chez qui les symptômes secondaires ont été transitoires ou légers, etc. » (1)

Fournier ne va pas aussi loin ; mais, tout en reconnaissant que « toute syphilis, bénigne, moyenne ou grave dans ses premières manifestations peut être suivie d'accidents cérébraux », il admet aussi que ce sont les syphilis moyennes ou bénignes qui s'accompagnent le plus souvent d'accidents comitiaux. Nous pensons, avec M. Mairet (2), que ces syphilis de peu d'importance ne deviennent si graves par la suite que parce que leur bénignité même les aura fait négliger et que c'est l'absence ou l'insuffisance du traitement qui leur permettra d'aboutir plus tard aux accidents cérébraux les plus graves.

Et maintenant voyons à quel moment de la syphilis apparaissent les accès, quel est le temps qui s'écoule entre l'infection et la crise initiale.

Pour Fournier, l'époque moyenne de l'apparition peut être fixée entre la 3e et la 18e année après l'infection. Dans les cas de Jaksch, les attaques se sont montrées de 1 à 16 ans après l'apparition de l'accident primitif. Dans le cas de Reder, l'épilepsie s'est développée deux ans après le chancre. D'après Viard, c'est de 3 à 10 ans après l'apparition du chancre que l'épilepsie fait invasion ; cependant il l'a vue se manifester dans un cas 15 ans après, et un an environ après dans un autre cas. Le Dr Ambrosoli (3) parle d'un cas très rare dans lequel

---

(1) Broadbent (*Lancet*, 1854).

(2) Leçons cliniques.

(3) *Frammenti di clinica sifiliatrica* (*Giorn. ital. di malatt. veneree*, 1886, vol. 2.)

l'épilepsie se développa 5 mois après le chancre, pendant qu'il existait des manifestations cutanées ; les accès se répétèrent 18 fois en 40 jours et peu à peu cessèrent sous l'influence du traitement.

Gaudichier (1), dans sa thèse, relate deux cas : dans l'un l'attaque d'épilepsie se produisit 16 mois après le chancre ; dans l'autre, la première attaque, qui ne fut que le prologue de beaucoup d'autres, éclata un mois après l'accident primitif.

Mauriac (2) analyse 13 cas de Jullien : une seule fois, un an après le chancre apparurent des crises épileptiformes (il y avait en même temps une albuminurie considérable) ; 9 cas de Ladreit de Lacharrière : les accès épileptiques ne se sont jamais montrés, de même pour les 4 cas de Buzzard. Dans 35 observations de Mauriac, 9 fois la syphilis s'est traduite uniquement par des convulsions et des attaques épileptiformes. « Dans la généralité des cas, dit cet auteur, c'est l'élément paralysie qui domine sous toutes ses formes ; les convulsions épileptiformes sont cinq fois moins nombreuses que les hémiplégies et les paralysies réunies. Aussi, si je m'en tenais à ma seule expérience, je dirais que l'épilepsie est beaucoup moins commune dans la première phase de la syphilis que plus tard. »

Il serait intéressant de rechercher quelle est l'influence de la syphilis sur l'épilepsie vraie, l'épilepsie névrose. La syphilis peut, en effet, se développer chez un sujet épileptique ; la présence de cette nouvelle maladie viendra-t-elle changer le cours de la maladie ancienne ? Pour Fournier, l'influence de la syphilis sur l'épilepsie n'est pas contestable et il dit posséder plusieurs observations analogues à la suivante, que nous résumons :

---

(1) Thèse. Paris, 1886.

(2) *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux*, 1879.

Une femme épileptique ne présente que six crises en dix ans. Elle contracte la vérole ; tout aussitôt, onze crises se produisent en moins de quatre mois. Elle se traite ; les symptômes spécifiques s'amendent ; simultanément, l'irritation se calme, s'éteint. La stimulation ainsi produite serait toujours provisoire.

Chauvet admet aussi, sans chercher à donner l'explication de ce fait, que la « syphilis peut avoir une influence stimulatrice sur la production des crises d'épilepsie dans certains cas de névrose antérieure à l'infection. »

Nous avons observé à l'Asile le fait suivant (1) : une femme atteinte d'épilepsie depuis son enfance (fille d'une mère épileptique et donnant naissance à un enfant qui meurt à la suite d'accidents convulsifs), a contracté une syphilis qui est passée inaperçue. A la suite d'un traumatisme, une plaie se développe qui revêt toutes les allures d'un ulcère phagédénique et qui se montre rebelle à tous les moyens topiques mis en usage ; seul, le traitement antisyphilitique, en faisant tout rentrer dans l'ordre comme par enchantement, est venu permettre d'affirmer l'existence d'une syphilis larvée qui n'a jamais exercé la moindre influence sur les accidents comitiaux : ceux-ci ont toujours suivi la même marche, se montrant par séries et ne cédant qu'à l'emploi du bromure de potassium.

Enfin nous avons pu observer ces jours derniers, dans le service de M. le professeur Grasset, à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, une fille, épileptique depuis son enfance, et qui a contracté la syphilis il y a plusieurs mois ; elle a donné récemment le jour à un enfant qui est mort manifestement syphilitique ; quant à elle, ses crises n'ont été nullement influencées par l'infection, et, loin d'être plus fréquentes, les attaques sont actuellement plus éloignées que jamais.

---

(1) Combemale et Fédou, *Traumatisme réveillant une syphilis ignorée* (*Un. méd.*, 1887).

Ces faits seraient donc en contradiction avec ceux de Fournier, et nous ne croyons pas que les attaques d'épilepsie puissent être influencées par la syphilis. Que celle-ci modifie le cours d'une hystérie préexistante, nous l'admettrions plus volontiers. Fournier (1) parle « de ces femmes anciennement hystériques dont les accès s'étaient amendés depuis un certain temps et qui voient tout à coup reparaître, pendant la période secondaire, leurs crises et leurs anciens maux nerveux. Sous l'influence de l'éréthisme qu'imprime aux fonctions nerveuses le poison de la vérole, ces femmes redeviennent subitement hystériques à compte nouveau ou le deviennent à un degré supérieur si elles avaient cessé de l'être. Elles reprennent leurs accès convulsifs, elles reprennent leur état vaporeux, leur susceptibilité nerveuse. En un mot, l'hystérie, qui chez elles s'était calmée, subit de l'influence syphilitique une exacerbation nouvelle.... Ne voyons nous pas chaque jour cette névrose subir des exacerbations semblables sous l'incitation des causes les plus variées, de perturbations physiques comme de commotions morales ? Et la vérole n'est-elle pas bien faite à tous égards pour stimuler une affection si facilement accessible aux excitations de tout genre ? »

M. Mairet nous a cité le cas d'une femme dont le mari est mort récemment à l'Asile, à la troisième période d'une paralysie générale de nature manifestement syphilitique. Cette femme, qui dans sa jeunesse était sujette à des troubles hystériformes divers, névralgies, troubles de la sensibilité, palpitations de cœur, troubles gastriques, etc., reçoit la syphilis de son mari, quelques années après son mariage. A partir de ce moment, les symptômes hystériques réapparaissent et s'exagèrent ; la malade les attribuait aux causes morales, aux chagrins que lui

---

(1) *Leçons sur la syphilis*, 1873.

causait l'état de son mari, et à la terreur de la maladie à renom honteux que celui-ci lui a communiquée.

Pour en revenir à l'épilepsie, nous comprendrions plutôt que, chez un malade déjà épileptique, il se produise par le fait même de la vérole, en même temps que les grandes attaques vulgaires, des attaques épileptiformes dues à la lésion créée dans le cerveau par cette dernière. Nous ne connaissons pas, il est vrai, de faits de ce genre imputables à la syphilis ; mais l'observation suivante est un exemple de lésions organiques donnant lieu à des attaques épileptiformes chez une épileptique de naissance.

Observation XX *(personnelle)*. — G... (Marie), née et domiciliée à Lunel, entre à l'Asile en 1874, à l'âge de 54 ans. Il n'a pas été possible de se renseigner sur les antécédents héréditaires de cette malade; on ne peut non plus être fixé sur ses antécédents personnels. Nous savons seulement que depuis son enfance elle est sujette à des attaques d'épilepsie type. A l'Asile, les attaques se produisent par séries, amenant à leur suite des accès d'agitation parfois violents. Au bout de quelques années, apparaissent des attaques épileptiformes, et des troubles paralytiques ne tardent pas à se manifester : déviation de la commissure labiale droite et de la langue, strabisme interne gauche. Les attaques épileptiformes deviennent de plus en plus fréquentes : perte du champ visuel presque totale ; paralysie de tout le côté gauche, avec contracture douloureuse de l'avant-bras sur le bras. La démence devient complète, et la malade meurt, en juillet 1886, dans le marasme paralytique.

Autopsie. — *Dure-mère :* près de l'insertion de la faux du cerveau au niveau de la frontale ascendante, est un point calcaire deux fois comme la tête d'une épingle. — *Pie-mère.* Traînées blanchâtres le long des vaisseaux, au niveau des lobes frontaux. Adhérence avec la dure-mère, au point où siège la concrétion signalée plus haut. — Athérome des vaisseaux de la base. Du côté de la substance grise, vastes poches de désagrégation, profondes, jaunâtres, mal limitées, non enkystées. Ces lésions sont au nombre de sept, de dimensions

différentes, occupant de préférence l'hémisphère droit ; la plus importante, pouvant loger un œuf de poule coupé en deux, occupe la circonvolution pariétale inférieure droite, et gagne le pli courbe. A gauche, trois sont groupées dans le lobe occipital. Les nerfs optiques sont durs, sclérosés.

Nous le répétons, il ne nous est pas possible d'incriminer dans ce cas la vérole ; mais, celle-ci pouvant donner lieu à des lésions organiques du côté du cerveau, il est tout naturel d'admettre qu'elle pourra, elle aussi, produire des troubles analogues.

PRONOSTIC

De toutes les affections que la syphilis peut déterminer en portant son action sur l'encéphale, l'épilepsie a été jugée par plusieurs auteurs, Fournier en particulier, comme la plus favorable, relativement. « D'abord, dit Fournier, elle s'accuse d'emblée par de grands phénomènes qui ne risquent pas d'être méconnus comme importance ; de plus, fréquemment, elle est restreinte à ses débuts et reste restreinte pour un certain temps à des symptômes d'ordre convulsif, sans association d'autres accidents ; donc elle laisse le temps d'agir ; enfin c'est une des formes qui, attaquées à temps, obéit le mieux au traitement.»

Il n'en reste pas moins que ce pronostic est grave, et que, parfois, malgré le traitement le plus énergique et le mieux dirigé, le praticien le plus habile ne pourra arrêter la maladie dans sa marche fatale. Une malade de Zambaco (1) en est un exemple : la santé générale était excellente ; la maladie fut combattue avec vigueur et dès le début ; les traitements, dirigés par les maîtres les plus habiles, furent toujours bien supportés, et néanmoins ils restèrent sans action sur les manifestations de la syphilis. A plus forte raison, le pronostic doit-il être réservé lorsqu'à la syphilis viennent s'ajouter des causes adjuvantes : un certain degré d'hérédité, ou encore une intolérance médicamenteuse de la part du malade. Quoi qu'il en soit, il est vrai de dire que, prise à la période de début, l'épilepsie syphili-

---

(1) *Loc. cit.* Obs. LXXXII.

tique est, en général, curable. Mais, lorsque les attaques ont débuté depuis un certain temps, les chances ne sont plus les mêmes ; la guérison devient plus difficile ; elle est cependant encore possible.

Enfin, à une période avancée de la maladie, alors qu'aux accès convulsifs seront venus s'associer des symptômes multiples intéressant la motilité et l'intelligence, le pronostic sera grave, et cependant, même à ce moment, on ne devra pas désespérer. On pourra voir, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, une amélioration notable se produire, amélioration qui portera non sur les crises (celles-ci pourront en effet persister aussi nombreuses et aussi intenses), mais sur ces divers accidents graves qui seront venus compliquer la maladie convulsive. Enfin on ne devra pas oublier que les cas de mort subite pendant l'attaque ne sont pas absolument rares.

TRAITEMENT

Heureux les épileptiques, les paralytiques, qui le sont de par la vérole; car ceux-là reviendront peut-être à la santé ! (Jullien). On le comprend, en effet, le traitement de l'épilepsie syphilitique ne sera autre que le traitement habituel de toute manifestation cérébrale de la syphilis, traitement essentiellement mercuriel et ioduré, auquel on pourra adjoindre un traitement ayant pour but de remplir des indications non spécifiques.

Mais ce traitement, pour être efficace, devra remplir certaines conditions, que Fournier formule de la manière suivante :

1° Il doit être institué le plus tôt possible ; et on comprend, en effet, combien il est urgent d'attaquer la syphilis dès le début, alors que les lésions sont encore peu étendues.

2° Il faut que le traitement soit, comme action médicamenteuse, le plus énergique possible; il faut attaquer hardiment par des doses élevées.

3° Il faut le prolonger pendant toute la durée des manifestations cérébrales.

4° Il faut qu'il soit poursuivi longtemps encore après la disparition des accidents.

Voyons maintenant comment devra être dirigé ce traitement, en nous appuyant uniquement sur ce que nous avons pu observer nous-même dans le service de notre Maître, M. Mairet.

L'iodure — et c'est toujours l'iodure de potassium que nous avons vu employer — pourra être administré par la bouche sous forme de potion, de solution, de sirop, ou pendant

les repas, mélangé au vin, par exemple, ou plus généralement dans l'intervalle de ceux-ci, et alors dans du lait. Dans les cas d'intolérance gastrique, on pourra administrer par la voie rectale.

Le mercure pourra être introduit dans l'économie par trois voies différentes :

La voie hypodermique, la voie épidermique et la voie gastrique.

Nous ne parlerons pas de la méthode inventée par Scarenzio (1864) et que Balzer (1887) vient tout récemment encore de préconiser, méthode qui consiste à injecter des sels insolubles, et en particulier le calomel ; malgré les éloges qu'on lui décerne, elle ne paraît pas avoir suffisamment fait ses preuves, et, pour ce fait, n'a pas encore été mise en pratique à l'Asile. Nous avons toujours vu les injections de sels solubles, de peptonate de mercure, suivies de désordres locaux peu graves quelquefois, mais arrivant souvent aussi jusqu'à l'abcès, jusqu'à la suppuration avec ulcération.

Les frictions mercurielles (avec l'onguent napolitain) n'ont pas les mêmes inconvénients ; c'est à peine si elles déterminent par leur répétition une légère irritation de la peau au niveau des régions où elles sont faites. Malheureusement, il est difficile de savoir, même d'une façon approximative, quelle est la quantité de mercure introduite dans l'économie.

Reste la voie gastrique, et c'est à celle-ci que nous nous adresserons de préférence, réservant les autres pour les cas spéciaux. « Cette dernière voie me semble être la voie d'introduction par excellence du mercure dans l'économie, quand il s'agit du traitement d'une syphilis cérébrale. D'une absorption et d'un dosage faciles, elle réunit les conditions les plus favorables. Et, si j'en crois mon expérience personnelle, les cas

d'intolérance gastrique relativement au mercure sont rares dans l'aliénation mentale syphilitique (1).»

La préparation mercurielle qui nous paraît préférable est le bichlorure d'hydrargyre (sublimé) : parce qu'il est mieux toléré à fortes doses par les gencives, parce qu'il a une action ptyalique moindre que le proto-iodure, et surtout parce que ses effets thérapeutiques sont plus immédiats et plus puissants (Fournier). La toxicité de ce sel a d'ailleurs été bien exagérée ; les malades que nous avons observés ont pris jusqu'à 5 centigr. de bichlorure par jour sans éprouver le moindre phénomène d'intoxication.

Evidemment ces doses de mercure sont élevées si on les compare aux faibles doses habituellement mises en usage pour lutter contre les accidents ordinaires de la syphilis. Mais, dans les cas où celle-ci porte son action sur le cerveau, il faut, on le comprend, lutter avec énergie ; comme l'a dit Charcot, on ne peut réussir qu'en procédant par une *attaque de vive force*. On devra, il est vrai, surveiller attentivement, pendant la durée du traitement, l'état général des malades et surtout l'état des gencives. M. Mairet fait faire dès le début du traitement, et plusieurs fois par jour, des lavages des gencives avec un pinceau trempé dans une solution saturée de chlorate de potasse, lavages qui sont continués pendant toute la durée du traitement. Les lavages seront préférables aux gargarismes ; car, comme il le fait observer, l'état mental des malades ne permet pas toujours d'avoir recours à ces derniers.

Et maintenant, comment devra être dirigé ce traitement ?

« Nous commençons généralement par cinq milligrammes de bichlorure. Puis, chaque deux jours, nous augmentons de cinq milligrammes, de manière à porter ainsi, suivant les indi-

---

(1) Mairet. *Leçons cliniques inédites sur l'aliénation mentale syphilitique.*

vidus, la dose à 4, 5 et 6 centigrammes dans les 24 heures. Ce qui fait que, dans l'espace de 16 à 25 jours, nous arrivons à porter le mercure à la dose maxima. Bien entendu, je parle ici des cas les plus généraux; il y a tel cas où vous devrez faire traîner les choses davantage en longueur; mais, règle générale, il faut marcher vite; il faut, pour employer l'expression de M. Charcot, procéder par une attaque de vive force.

» Pour l'iodure de potassium, vous devez vous comporter de la même façon que pour le mercure. Nous commençons, comme l'indique M. Fournier, par 2 ou 3 grammes, et chaque deux jours nous augmentons de 1 gramme, jusqu'à ce que nous atteignions notre chiffre maximum, qui est de 10 ou 12 grammes dans les 24 heures. Nous avons porté dans certains cas les doses beaucoup plus haut; nous sommes monté, avec d'autres médecins, jusqu'à 25 grammes dans les 24 heures, mais nous n'avons pas obtenu plus d'effet avec ces hautes doses qu'avec les doses de 10 et 12 grammes que je viens de vous indiquer.

» M. Fournier pense même qu'il est inutile de monter aussi haut et indique comme dose maxima quotidienne la dose de 5 à 8 grammes.

» Mais, d'après ce que j'ai vu dans plusieurs cas, cinq grammes et même huit grammes d'iodure sont insuffisants pour donner toute la somme des effets utiles que peut donner ce sel; il faut monter pour cela jusqu'à 10 et 12 grammes (1). »

Fournier veut que le traitement soit prolongé pendant toute la durée des manifestations cérébrales. Nous ne pouvons partager cette opinion. Dans l'épilepsie syphilitique, en effet, les accès convulsifs peuvent ne se produire qu'à des époques parfois très éloignées, et si, comme cela arrive quelquefois, le

---

(1) Mairet, *Leçons inédites sur la syphilis cérébrale.*

malade, se berçant d'un fol espoir, a le tort de cesser tout traitement, convaincu de sa guérison, la maintenue trop prolongée du traitement spécifique peut ne pas être sans danger. « Au bout d'un certain temps, variable suivant les individus, apparaissent divers phénomènes qui obligent à modifier le traitement. C'est un état saburral du tube digestif, qui se traduit par un enduit blanchâtre de la langue et la perte de l'appétit; c'est un état particulier d'obnubilation intellectuelle, semblable à celui que vous voyez si souvent se produire chez les épileptiques soumis au bromure de potassium; c'est un alanguissement de la nutrition générale; c'est, dans certains cas, une gingivite mercurielle; bref, ce sont des troubles divers portant sur le tube digestif, sur l'encéphale, sur la nutrition générale, troubles qui le plus souvent se combinent entre eux et s'accentuent rapidement si on n'y prend pas garde. Je ne parle pas de l'éruption d'acné, si fréquente dans l'emploi des sels de potassium. » (Mairet).

Outre l'intoxication, il peut se produire de la part de l'économie une accoutumance qui annule les effets thérapeutiques des médicaments. Pour éviter ces inconvénients et pour pouvoir faire le traitement mixte, voici comment se comporte M. Mairet :

« Arrivé aux doses maxima de mercure et d'iodure de potassium, je continue ces doses pendant un laps de temps variable suivant les individus, pendant quelques jours dans certains cas, pendant trois, quatre, cinq semaines, et même davantage dans d'autres cas, me basant pour cela sur l'apparition des phénomènes d'intoxication que je viens de vous indiquer. Puis je suspends tout traitement, en diminuant plus ou moins rapidement le mercure et l'iodure, me basant encore pour cela sur les mêmes indications, et je laisse reposer mon malade pendant un certain temps. Ce temps de repos, je l'utilise pour soigner le tube digestif, pour relever au besoin la nutrition, et pour

chercher à faire éliminer par l'exercice musculaire et par l'hydrothérapie les sels qui ont pu s'accumuler dans l'économie.

» Je dis que je laisse reposer mon malade pendant un certain temps — généralement la durée de ce repos est de trois semaines, — mettant à profit, pour la détermination de cette durée, les recherches de M. Fournier, d'après lesquelles l'iodure de potassium continuerait encore son action trois semaines après toute administration. Mais, ici encore, rien de fixe ; tout dépend du malade, et si, pendant ces trois semaines, les avantages que j'ai pu remporter sur la maladie sont menacés, je reprends immédiatement l'offensive.

» Dans cette seconde attaque, je me comporte absolument comme dans la première, c'est-à-dire que je reprends l'administration du traitement mixte, traitement dont j'élève rapidement les doses et que je maintiens à ces doses élevées pendant un temps plus ou moins long.

» Puis, de nouveau, je laisse reposer mon malade, et ainsi de suite, livrant des assauts successifs jusqu'à ce que tous les accidents cérébraux aient disparu ou tout au moins jusqu'à ce que je n'obtienne plus d'effet utile. Notons que, dans les assauts subséquents, les doses n'ont souvent pas besoin d'être élevées aussi haut que dans la première attaque. »

Telle est la méthode par assauts successifs dont nous avons pu apprécier tous les avantages. M. Fournier emploie un autre traitement, mixte d'abord, alterne plus tard, traitement auquel il reconnaît des avantages considérables, et qu'il décrit tout au long dans son *Traité sur la syphilis cérébrale*.

Quelle que soit la méthode employée, le traitement, nous le répétons, devra être poursuivi longtemps encore après la disparition des accidents convulsifs. La syphilis cérébrale a, en effet, comme le fait remarquer Fournier, une tendance

fâcheuse aux recrudescences et aux récidives, et quelquefois, après une période de rémission parfois longue, alors que le malade paraît guéri, les attaques réapparaissent plus intenses. Si l'épilepsie a été prise dès le début, alors qu'elle est encore pure de toute complication, on devra, après l'avoir attaquée énergiquement, surveiller avec attention le malade : au moindre symptôme alarmant, reprendre le traitement d'assaut que l'on remplacera ensuite par le traitement ordinaire de la syphilis, traitement chronique, avec périodes de repos, et qui pourra durer des années.

Tel est le traitement spécifique, par excellence, de l'épilepsie syphilitique. Mais, à côté de celui-ci, d'autres indications se présentent à remplir. Et d'abord, l'état général du malade réclamera une surveillance toute spéciale : l'alimentation devra être aussi substantielle que possible, et sous la plus faible quantité possible. En même temps il faudra permettre à la cellule cérébrale de résister à la détérioration à laquelle elle est sujette par la localisation de la syphilis : le quinquina sous forme de décoction, mélangé au lait, tel que nous le voyons employer dans le service par M. Mairet, nous paraît avoir de réels avantages. L'hydrothérapie (une douche, au plus deux douches froides par jour, en pluie, et d'une demi-minute à une minute de durée) a donné aussi d'excellents résultats. De même les eaux thermales sulfureuses : Uriage, Luchon, Cauterets, etc., peuvent, à une période avancée de la guérison, être utilement employées. En même temps on devra s'efforcer d'éliminer par l'exercice musculaire, par des purgatifs amers etc., le mercure et l'iodure qui peuvent rester accumulés dans certains points de l'organisme.

Ainsi compris, le traitement, nous en sommes convaincus, sera efficace et, bien qu'il y ait des cas où, prise même dès le début, la maladie s'est montrée réfractaire, bien que, à une

période avancée, elle reste au dessus de toutes les ressources, on ne devra jamais désespérer ; car, comme l'a dit Ricord, « avec la vérole, tout est possible comme guérison, l'impossible même quelquefois. »

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 5 mai 1888.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut :
G. CHANCEL.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 4 mai 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !